

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE VINCULAÇÃO E NÍVEL DE
RESILIÊNCIA NA MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS DE
LUTO PROLONGADO**

Carolina Inês Vieira Félix

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE VINCULAÇÃO E NÍVEL DE
RESILIÊNCIA NA MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS DE
LUTO PROLONGADO**

Carolina Inês Vieira Félix

Dissertação, orientada pela Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2014

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte, pelo paciente trabalho de revisão, apoio ao longo deste ano e contributo na minha caminhada profissional.

A todos os participantes desta investigação, já que só com a sua colaboração é que consegui atingir os meus objetivos.

Aos meus amigos, por estarem ao meu lado nos bons e maus momentos, por me darem motivação para trabalhar e por saber que posso contar sempre com vocês mesmo quando me sinto desmoralizada.

Aos meus primos, tios, padrinhos e ao meu afilhado por compreenderem que os momentos de ausência foram dedicados a esta dissertação e por me fazem entender que o futuro só é conseguido a partir do meu trabalho.

Ao meu irmão, não estás sempre comigo mas sei que estás quando preciso e isso é suficiente.

Agradeço também aos meus pais, tendo consciência de que sozinha o meu percurso não seria possível. Obrigada pelo modelo de coragem, apoio incondicional, incentivo e por acreditarem em mim.

Por fim, a todos os que fizeram parte da minha educação, obrigada pois sem vocês não estaria onde me encontro.

Resumo

Esta dissertação visa estudar a relação que os estilos de vinculação, definidos por Bawtholomew (1991), e o nível de resiliência têm na manifestação de sintomas de luto, mais concretamente, com os sintomas definidos para o diagnóstico da Perturbação de Luto Prolongado (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2007). Também é analisada a relação que o apoio social e a percepção da adaptação à viuvez têm com estas variáveis. A uma amostra de 48 viúvas, do sexo feminino e com mais de 60 anos, foram aplicados três instrumentos. Para a avaliação da vinculação foi aplicado o Questionário de Estilo Relacional (Moreira, 2000), utilizou-se a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Faria-Anjos & Ribeiro, 2011) para a avaliação do nível de resiliência e para o estudo dos sintomas de luto foi aplicado o teste Prolonged Grief-Disorder-13 (Delalibera, 2010). Também foi utilizado um questionário sociodemográfico para a recolha de informações desta natureza. Não se encontraram relações significativas entre os estilos de vinculação e o nível de resiliência, com a exceção do estilo Preocupado que parece estar associado a menos resiliência. O estilo Seguro está associado a uma melhor avaliação da adaptação à viuvez, contrariamente aos resultados encontrados com o estilo Preocupado. Os estilos de vinculação Preocupado e Evitante-Receoso avaliam o apoio social, a quantidade e a qualidade de relações familiares e de amizade de forma mais negativa do que o estilo Seguro, que relata maior contacto, melhor qualidade de relações e maior percepção de apoio social. Por último, verificou-se menos manifestações de sintomas de Luto Prolongado no estilo de Vinculação Seguro, e mais manifestações de sintomas nos estilos Preocupado e Evitante-Receoso.

Palavras-chave: Luto; Estilos de Vinculação; Resiliência; Viúvas; Perturbação do Luto Prolongado;

Abstract

This thesis aims to study the relation that attachment styles, as defined by Bartholomew (1991), and the resilience level have on the manifestation of grief, specifically with symptoms defined for the diagnosis of Prolonged Grief Disorder (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski 2007) . It is also put under the scope of the analysis, the relationship between social support and perception of one's own adaptation to widowhood, within these variables. Three instruments were applied to a sample of 48 widow females over 60 years of age. The Relationship Style Questionnaire (Moreira, 2000) was applied to assess the attachment style, the Connor-Davidson Resilience Scale (Faria-Anjos & Ribeiro, 2011) was used in the assessment of the resilience level, and in order to study the grief symptoms the Prolonged Grief-Disorder test (Delalibera, 2010) was applied. To collect information concerning sociodemographic variables a questionnaire was used. There were no significant relationships between attachment styles and resilience levels with the exception to the preoccupied style which seems to be associated with a lower level of resilience. The Secure style is associated with a better assessment of the adaptation to widowhood, contrarily to the results shown by the preoccupied style. Preoccupied and Fearful attachment styles assess the social support amount and the quality of family relationships and friendships in a more negative way than the secure style, which shows more contact, a better relationship quality and a wider perception of social support. At last there were fewer demonstrations of Prolonged Grief Disorder symptoms in the secure attachment style and more symptoms demonstration in the Preoccupied and Fearful styles.

Key-words: Bereavement; Attachment Styles; Resilience; Widowhood; Prolonged Grief Disorder;

Índice

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico	3
1.1. Teoria da Vinculação	3
1.1.1.História e conceitos-chave	3
1.1.2.Vinculação no Adulto	5
1.2.Resiliência.....	9
1.2.1. História e Conceitos-Chave	9
1.2.2. A resiliência no idoso.....	11
1.3.Processo de Luto	13
1.3.1. História e Conceitos-Chave	13
1.3.2. Perturbação de Luto Prolongado.....	18
1.3.3. Viuvez	19
1.4.Estudos Sobre os Efeitos da Vinculação e Resiliência no Processo de Luto.....	20
Capítulo 2: Objetivos e Hipóteses de Estudo.....	22
Capítulo 3: Método	24
3.1.Amostra Estudada	24
3.2 Instrumentos.....	26
3.2.1 Questionário de Estilo Relacional.....	26
3.2.2. Escala de Resiliência de Connor-Davidson	28
3.2.3. Prolonged Grief Disorder - 13	29
3.2.4. Questionário Sociodemográfico.....	30
3.3. Procedimento	30
3.4. Procedimento estatístico	31
Capítulo 4: Resultados	32
4.1. Caraterização do grau de resiliência, sintomas de luto prolongado e estilo de vinculação	32

4.2. Análise da relação entre Estilos de Vinculação e o grau de resiliência	33
4.3. Análise da relação entre o luto e variáveis sociodemográficas.....	34
4.4. Análise da relação da vinculação e da resiliência nas manifestações de luto prolongado	36
Capítulo 5: Discussão de Resultados	38
Capítulo 6: Conclusão.....	45
7. Bibliografia	47
8. Anexos	58
Anexo I - Questionário Sociodemográfico	59
Anexo II - Consentimento informado	63
Anexo III - Pedido de autorização	64

Índice de Quadros

Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra	25
Quadro 2. Caraterização do grau de resiliência	32
Quadro 3. Análise do total de sintomas do Luto Prolongado	32
Quadro 4. Frequências e percentagens de sujeitos com Luto Prolongado	32
Quadro 5. Estilos de Vinculação	33
Quadro 6. Matriz de correlações entre estilo de vinculação e resiliência.....	33
Quadro 7. Matriz de correlações entre fatores de relacionamento e resiliência	34
Quadro 8. Matriz de correlação do total de sintomas de luto, estilos de vinculação e resiliência com o apoio de familiares.....	34
Quadro 9. Matriz de correlação dos estilos de vinculação e fatores de relacionamento com a adaptação à viuvez.	35
Quadro 10. Matriz de correlação dos sintomas de luto e luto prolongado com a adaptação à viuvez.....	36
Quadro 11. Matriz de correlação entre os estilos de vinculação e fatores de relacionamento com as manifestações de luto prolongado	36
Quadro 12. Matriz de correlação da resiliência com manifestações de luto prolongado.....	37

Introdução

A presente dissertação incide no estudo do processo de luto, especificamente na Perturbação do Luto Prolongado, e na forma como os estilos de vinculação e a resiliência o irão afetar. A associação destes conceitos surge na sequência de um interesse pessoal da investigadora pelo luto e pela Teoria da Vinculação, e pela escassez de estudos portugueses que analisem o conceito da resiliência, um construto relativamente recente nas investigações em Psicologia.

A vinculação será apresentada primeiro a partir da perspetiva histórica sobre o desenvolvimento da teoria até às posições atuais sobre a vinculação no adulto. Esta teoria foi desenvolvida por Bowlby e Ainsworth, após a II Guerra Mundial, assentando no pressuposto de que os relacionamentos interpessoais orientam o desenvolvimento ao longo da vida, começando com a relação dual entre a figura de vinculação, geralmente a mãe, e o bebé (Bowlby, 1969, 1973, 1980). A partir desta relação são criados pela criança representações mentais do relacionamento, descritas dentro de três grupos principais: Estilo de vinculação Seguro (B), estilo de vinculação inseguro ansioso-ambivalente (C) e o estilo de vinculação inseguro Evitante (A) (Ainsworth, 1979). A partir deste pressuposto teórico estas representações mentais mantêm-se na idade adulta, mas dividindo-se em duas explicações teóricas: abordagem implícita e explícita.

A abordagem implícita surge a partir de uma entrevista que analisa as representações da vinculação de adultos e adolescentes, avaliando o seu impacto na personalidade e comportamento, sendo impulsionada por Mary Main (citado por Obegi, 2011). A abordagem explícita surge com Cindy Hazan e Philip Shaver (1987), a partir da premissa de que o modelo de vinculação, criado na infância, será manifestado na vida adulta nas relações românticas.

O conceito de resiliência é relativamente recente, sendo o momento da sua definição exata discutido por diversos autores. Devido à sua abordagem holística este é um conceito difícil de definir, apesar disso, Machin (2007) identifica três elementos comuns que a caracterizam: recursos pessoais criativos, perspetiva de vida positiva e um bom nível de integração social.

No idoso, esta parece ser uma característica fundamental, ao existirem diversos contextos em que a adaptação a novas situações é particularmente relevante. Situações como alterações físicas, de estatuto social ou lutos levam à conclusão de que o envelhecimento está marcado

por diversas perdas, fazendo com que esta capacidade de adaptação positiva à mudança seja essencial para um envelhecimento saudável (Elmore, Brown, & Cook, 2011)

Nas últimas décadas o estudo sobre o luto tem vindo a ser propulsionado, existindo diversas teorias que tentam explicar o processo de luto de acordo com os pressupostos teóricos dos respetivos autores. No enquadramento teórico serão abordados, em maior pormenor, a teoria de Parkes (1998), as tarefas de Worden (2002), as três fases propostas por Barbosa (2010) e o modelo dual de Stroebe e Schut (1999). Também será diferenciado o luto normal do complicado, sendo introduzidos fatores de risco que poderão levar a este se não forem prevenidos.

Nesta investigação será também estudado o conceito de Perturbação do Luto Prolongado, já que o estudo será focado nas manifestações desta perturbação. Este é um conceito recente, que se distingue dos diversos tipos de luto complicado, neste os sintomas associados ao luto vão persistir e aumentar com o tempo e não diminuir (Jordan, & Litz, 2014).

Nesta sequência, este estudo apresenta um primeiro capítulo onde é desenvolvido o enquadramento teórico, onde se irá aprofundar os conceitos de Vinculação, Resiliência, Processo de Luto, e, por fim, uma revisão com estudos pertinentes sobre estes conceitos. No segundo capítulo são expostos os objetivos e hipóteses de estudo e, seguidamente, o terceiro capítulo dedica-se à explicação da metodologia do estudo. O quarto capítulo apresenta os resultados da investigação, construídos com base nos objetivos e hipóteses, anteriormente descritos. No quinto capítulo realiza-se a discussão dos resultados obtidos, tendo em conta o enquadramento teórico. Por fim, no sexto capítulo será feita uma conclusão da investigação, salientando alguns resultados, pontos fortes, limitações e propostas para investigações consequentes.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

Como Coimbra de Matos (2007) escreve: “Somos fruto da semente e do terreno que esta germina” (p.103). É com esta frase em mente que os conceitos de vinculação, resiliência e processo de luto serão apresentados. Com efeito, aquilo que somos e aquilo que nos tornamos resulta de uma dinâmica constante entre o ambiente onde estamos inseridos e as características inatas de cada sujeito.

Ao tomar consciência da complexidade do ser humano, o estudo de situações adversas, como o é perder uma pessoa próxima, é feito à luz dos conceitos mencionados anteriormente: vinculação e resiliência.

.

1.1. Teoria da Vinculação

1.1.1.História e conceitos-chave

Bowlby (1988) refere que embora as origens da Teoria da Vinculação assentem em deliberações clínicas de diagnóstico e do tratamento de sujeitos emocionalmente perturbados e suas famílias, esta tem também sido requisitada na incrementação da investigação dentro da Psicologia do Desenvolvimento. Consequentemente, a vinculação e o desenvolvimento são pois dois conceitos em permanente articulação, admitindo que todos os sujeitos sejam influenciados por ela ao longo de toda a sua vida.

Os trabalhos de Spitz (citado por Emde, 1994) e de Bowlby (1969) realçam a vulnerabilidade do recém-nascido, que se encontra numa dependência completa da figura de vinculação. Bowlby estudou as carências maternas precoces e desenvolveu uma teoria sobre a vinculação primária baseada na observação da interação mãe-filho, teorizando as trajetórias desfavoráveis relacionadas com a ausência de cuidados maternos. O trabalho de Spitz sobre os problemas apresentados pelas crianças privadas de cuidados maternos (em instituições hospitalares ou orfanatos) contribuiu, de facto, para o início do desenvolvimento da teoria da vinculação primária.

Os estudos pioneiros com jovens delinquentes, de Bowlby (2006), impulsionaram a assunção de que disrupções entre o relacionamento criança-figura de vinculação poderiam ser um precursor de psicopatologia futura. No entanto, foi apenas após a II Guerra Mundial que a Teoria da Vinculação começou verdadeiramente a ser desenvolvida por John Bowlby e por

Mary Ainsworth. Ambos estavam interessados na preeminência dos fatores ambientais para o desenvolvimento humano, mais concretamente, na contribuição que as experiências familiares próximas têm para o sujeito. Isto sustenta o pressuposto de que os relacionamentos interpessoais conduzem e orientam o desenvolvimento, ao longo de todo o ciclo de vida, desde de que o indivíduo nasce até que morre (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Nesta teoria, Bowlby (1969) considera que é ao longo do primeiro ano de vida que se inicia o estabelecimento progressivo e privilegiado de uma relação com uma figura específica, geradora de segurança e proteção. Ao ser satisfeito nas necessidades de cuidados físicos, apoio, afeto e conforto, o bebê vai sistematicamente dirigir o seu comportamento a esta figura, ganhando o estatuto de figura de vinculação.

A vinculação diz assim respeito a uma ligação afetiva persistente, no tempo e no espaço entre a criança e a figura de vinculação, na qual esta última se assume como indivíduo único insubstituível (Ainsworth, 1989). A partir desta relação é formado o Sistema de Vinculação, definido pelos comportamentos que mantêm a proximidade entre a criança e a sua figura de vinculação. O seu objetivo principal é a obtenção, real ou sentida, de proteção e segurança, agindo num contexto específico que a ativa, e permitindo a manutenção da distância ótima da criança em relação à figura de vinculação (Bowlby, 1969). Este sistema é automaticamente ativado quando a criança se sente ameaçada, podendo esta ser subjetiva, como a fadiga, dor ou medo, ou externa, ou como com a presença de um estranho ou no estar sozinha. Em situações percebidas como livres de perigo o sistema continua ativo, controlando o ambiente e a proximidade com a figura de vinculação (Guedeney & Guedeney, 2004).

Após ter sido formada esta relação privilegiada de vinculação, podem ser formados estilos diferentes de vinculação. Ainsworth (1979), através da Situação Estranha, identificou oito padrões dentro de três grupos principais: A, B e C. De forma resumida, os bebês dentro do estilo de vinculação B, vinculação segura, usam as suas mães como uma base segura para a exploração do ambiente. Com a experiência de separação, os seus comportamentos de vinculação são intensamente ativados, procurando uma reunião e proximidade com a figura de vinculação. Os bebês do grupo C, Vinculação Insegura Ansiosa-Ambivalente, tendem a mostrar sinais de ansiedade, tornando-se especialmente perturbados com episódios de separação. Na reunião são ambivalentes com a mãe, procurando e resistindo ao contato com ela. Contrariamente ao comportamento dos bebês do grupo A, na Vinculação Insegura Evitante, raramente choram na separação e na reunião evitam o contato com a mãe,

ignorando-a. Os subgrupos, mencionados previamente, foram criados a partir do eixo de comportamentos observados entre uma vinculação segura e insegura. Numerosos estudos evidenciaram uma frequência média de 65% de crianças seguras, 21% de crianças inseguras Evitantes e 14% de crianças inseguras ambivalentes, demonstrando consistência intercultural nos países industrializados (Grossa & And, 1981; Cassibba, Sette, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2003), muito embora com algumas diferenças a nível da cultura ocidental e oriental (Takahashi, 1986; Van Ijzendoorn & Kroonenberg, 1988; Zevalkink, Riksen-Walraven & Van Lieshout, 1999).

Mais recentemente, Main e Solomon (1986) introduziram uma nova categoria: grupo D ou inseguro desorganizado-desorientado, crianças vinculadas com um estilo inseguro com comportamentos não compreensíveis, bizarros ou com estereotípias aquando dos reencontros e despromovidas de uma estratégia coerente de relação.

Estas classificações refletem diferenças nas representações mentais, baseadas nas diferentes organizações da experiência de vinculação. Para salientar a natureza destas representações mentais, Bowlby (1969) chamou-lhes modelos internos dinâmicos, sendo definidos como um conjunto de regras, conscientes e inconscientes, para a organização e acesso de informação sobre vinculação.

A partir deste pressuposto teórico, admite-se pois que a vinculação consiste numa ligação emocional privilegiada, construída ao longo do tempo. Serve de base segura, particularmente sob determinadas condições, como quando a criança está em perigo/assustada. Bowlby (1969) teoriza sobre a forma como os padrões de resposta e de funcionamento que podem ser identificados na infância, ao longo da formação do vínculo afetivo, leva à compreensão das diversas trajetórias de desenvolvimento adaptativas e não-adaptativas.

Nesta linha de pensamento, embora esta relação de vinculação surja numa relação precoce, as experiências da criança são perspectivadas como tendo influência e como delimitando a qualidade do seu percurso de vida. Por estar presente ao longo de todo o ciclo de vida, é uma base essencial para o desenvolvimento de cada sujeito e o cerne das relações pessoais.

1.1.2.Vinculação no Adulto

Como se mencionou anteriormente, a teoria da vinculação assenta numa premissa de que os modelos internos que se formaram vão ser relativamente estáveis ao longo da vida do sujeito. Bowlby (1982, 1988) refere que este sistema se mantém ativo ao longo do curso de vida do

sujeito, fazendo com que, à semelhança do sistema de vinculação da criança, tenha como objetivo principal a procura de segurança

Uma das suas funções na idade adulta parece ter uma explicação evolutiva, ou seja, o laço de vinculação entre dois parceiros sexuais contribui para assegurar os cuidados parentais de forma mais eficaz. Esta hipótese é comprovada por vários estudos (Draper & Harpending, 1982; Surbey, 1990), que mostram que a criança tem necessidade de laços de vinculação para um crescimento saudável e que terá um desenvolvimento mais satisfatório quando estes laços são estáveis. Belsky, Steinberg e Draper (1991) apresentam a teoria evolucionista da socialização, onde explicam que os laços de vinculação podem influenciar todo o percurso de desenvolvimento da criança. Quando não são estáveis o adolescente está mais propenso a perturbações de comportamento e promiscuidade sexual e, em adulto, poderá ter mais dificuldade em construir relações estáveis.

Por outro lado, o sistema de vinculação na idade adulta, entre casais, também parece contribuir para uma melhor qualidade de vida, incluindo melhor saúde física, de acordo com vários estudos (Goodwin, Hunt, & Samet, 1987; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996). Dados estatísticos têm mostrado que uma rutura nesta relação provoca mais perturbações psíquicas, patologias somáticas e comportamentos aditivos do que ocorre no resto da população sem esta experiência. Nas rupturas referidas estão incluídos os lutos, logo e consequentemente, os viúvos estão potencialmente em maior risco de ter mais perturbações. A relação de vinculação vai fornecer um suporte afetivo e emocional, permitindo a manutenção da base de segurança de cada parceiro, permitindo-lhes desenvolver continuamente atividades de exploração. A atividade profissional e os diferentes investimentos sociais que surgem na vida adulta serão mais ricos graças a este equilíbrio gerado pela relação de vinculação (Hazan & Shaver, 1990).

Relativamente aos estudos sobre a vinculação no adulto, estes dividem-se em duas grandes áreas: a abordagem implícita e a abordagem explícita.

A Abordagem implícita tem como principal ferramenta de avaliação a *Adult Attachment Interview (AAI)*, e como principal propulsora Mary Main. George, Kaplan e Main (citado por Obegi, 2011) desenvolvem esta entrevista, permitindo-lhes aceder às representações da vinculação de adultos e adolescentes, avaliando o seu impacto na personalidade e comportamento. Paralelamente às classificações que Ainsworth (1979) estabelece a partir da Situação Estranha, a AAI identifica padrões Seguros e inseguros de vinculação baseando-se

nas classificações de: Autônomo, semelhante ao estilo Seguro da Situação Estranha; Desligado, correspondente ao estilo Evitante; Preocupado, idêntico ao estilo ansioso-ambivalente (Haas, Bakermans-Kranenburg, & Ijzendoorn, 1994).

É de notar que a AAI não faz uma avaliação da vinculação, mas sim, uma avaliação os estados mentais em relação à vinculação, considerando que estão ligados aos estilos de vinculação dos próprios filhos. Desta forma, permite estudar, ao nível das representações, a vinculação no adulto, interrogando o sujeito sobre as suas próprias relações com os pais na infância (Perdereau & Atger, 2004). Esta metodologia é útil na predição da qualidade da interação mãe-criança e para a predição da vinculação da criança a partir das representações que a mãe tem das suas próprias experiências de infância (Crowell & Feldman, 1988)

A teoria explícita surge com os estudos de Cindy Hazan e Philip Shaver. Baseados nos estilos de vinculação observados por Mary Ainsworth, e na premissa de que o modelo de vinculação criado na infância se mantém relativamente estável durante a vida adulta, manifestando-se nas relações românticas. Hazan e Shaver (1987) foram os propulsores desta adaptação, estudando a vinculação nas relações amorosas em adultos através de um breve auto-questionário, e retirando algumas conclusões: os três estilos de vinculação (segura, ansiosa-ambivalente e evitante) que se observa na infância mantêm-se estáveis ao longo da vida; a experiência de amor romântico vai diferir de acordo com o estilo de vinculação; o estilo de vinculação está relacionado com a forma como cada sujeito cria concepções sobre as relações, confiança e valor do seu parceiro e de si.

Esta avaliação é suportada por diversos dados estatísticos, já que os resultados da diversidade do estilo de vinculação dos indivíduos são semelhantes às verificadas na situação estranha, dados já mencionados anteriormente.

Bartholomew e Horowitz (1991) desenvolvem um novo modelo para as diferenças individuais no estilo de vinculação, baseando-se na teoria de Bowlby (1973; 1980), onde dois modelos internos são postulados, um modelo para o *self* e um para os outros. Estes dois modelos formam ainda uma dicotomia entre positivo e negativo, formando quatro estilos de vinculação. Estes modelos, formados pela experiência subjetiva de milhares de interações, vão organizar-se formulando expectativas e enviesamentos utilizados em novas relações. Estes são guiões sobre como criar proximidade (Johnson, 2004). O estudo de Bartholomew e Horowitz (1991) foi o primeiro a considerar estas quatro categorias, ou seja, a combinação dos dois níveis de auto-imagem (positiva vs. Negativa) e os dois níveis de imagem dos outros

(positivo vs. Negativo). Os quatro protótipos de estilos de vinculação são definidos pela intersecção das duas variáveis (grau do modelo do *Self* e grau do modelo dos outros). O grau do modelo do *Self* indica de que forma é que cada sujeito se valoriza, e o do modelo dos outros está associado ao grau de ansiedade e dependência nas relações próximas (Griffin, & Bartholomew, 1994).

A figura 1 sistematiza estes conceitos, esquematizando a forma como as combinações de cada modelo formam cada estilo de vinculação. Cada um dos estilos representa um protótipo teórico. Como o estilo de vinculação deriva de inúmeras experiências, ao longo da vida de cada indivíduo, não se espera que este demonstre um único estilo de vinculação, mas sim diversos graus de similaridade dentro de dois ou mais modelos (Bartholomew, 1990). Com efeito, nesta perspetiva, este modelo permite uma análise mais complexa da vinculação no adulto.

	Modelo de Si Próprio Positivo	Modelo de si próprio Negativo
Modelo dos Outros Positivo	Seguro – Sujeito confortável com intimidade e autonomia.	Preocupado – Preocupação com a formação de relações e valorização dos outros.
Modelo dos Outros Negativo	Evitante-desligado – Evitação de relações próximas e da dependência.	Evitante-receoso – Por receio da intimidade evita relações sociais.

Figura 1 Modelo de Vinculação do Adulto (Bartholomew, 1990)

Este modelo é inovador dentro da teoria da vinculação, pela sua introdução de dois estilos Evitantes. O estilo *receoso* é caracterizado por um desejo consciente de contacto social que é contrariado pelos medos da consequência da vinculação, ou seja, ambos os modelos são negativos (elevada ansiedade e elevada evitação) e o *desligado*, caracterizado pela negação defensiva da necessidade ou desejo de formar relações de vinculação, marcado por um modelo do *Self* positivo e dos outros negativo (baixa ansiedade, elevada evitação). No primeiro caso, os sujeitos vêm-se como não merecendo amor e suporte dos outros e no segundo, através de um modelo positivo do *self* o sujeito minimiza a necessidade de relações próximas (Bartholomew, 1990).

Em contraste, o padrão seguro define-se por ambos os modelos serem positivos (baixa ansiedade e baixa evitação) e o padrão preocupado pelo modelo negativo do *Self* e positivo no modelo dos outros (elevada ansiedade e baixa evitação) (Griffin & Bartholomew, 1994).

Collins e Read (1990) também organizaram um modelo de estilos de vinculação que parece corresponder diretamente ao modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), introduzindo as variáveis do conforto com a proximidade e ansiedade. Este modelo, apesar de ser baseado nos três estilos de Hazan e Shaver (1987), mede o estilo de vinculação em dimensões, sendo vantajoso para uma análise de cada sujeito mais detalhada e não fechada em categorias. Sendo isto concordante com a flexibilidade visível no modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), já que até os três estilos observados por Ainsworth (1979) podiam ser divididos em oito subgrupos, fazendo refletir que também na descrição vinculação do adulto são necessárias categorias flexíveis.

1.2.Resiliência

1.2.1. História e Conceitos-Chave

Para apresentar o conceito de resiliência será apresentada a *Metáfora da boneca partida* de Manciaux (citado por Anaut, 2002). Se alguém deixar cair uma boneca ela poderá partir-se de formas diferentes, dependendo de várias variáveis. Em função da natureza do solo, por exemplo: se for de cimento ou areia, em função da forma com que é atirada, ou de acordo com o material com que é feita, por exemplo: vidro, porcelana, pano ou aço.

Nesta metáfora o solo representa o meio ambiente em que o sujeito está inserido, a força o acontecimento adverso e a resistência do material representa os recursos que o sujeito tem para lidar com a situação, ilustrando os diferentes fatores que podem influenciar a forma como um indivíduo reage a uma situação adversa e, para além dos fatores externos, as estratégias que cada sujeito tem para lidar com essa situação vão caracterizar a forma como esta irá ser enfrentada.

Assim, a resiliência foi definida como a capacidade de recuperar a forma original após um trauma ou choque (Oxford, 2012), é também considerada uma característica de personalidade que permite uma adaptação positiva face ao *stress* ou adversidade (Wagnild, 2003) e sujeitos com um elevado nível de resiliência deverão conseguir usar emoções positivas para lidar com

situações adversas (Wagnild & Young, 1993). A investigação empírica também parece concordar que a resiliência resulta de um conjunto de características genéticas (Tannenbaum & Anisman, 2003), biológicas (Tugade & Fredrickson, 2004) e fatores ambientais (Haskett, Nears, Sabourin, & McPherson, 2006), levando à conclusão que se trata de um construto multidimensional que varia com o contexto, história de vida, idade e características internas do sujeito.

Contudo, a sua definição exata continua em debate por diversos autores. Foster (1997), por exemplo, sugere que a capacidade para lidar com o *stress* e adversidades é influenciada pela genética, história de vida e aprendizagem que o sujeito vai fazendo ao longo da sua existência. Wagnild e Young (1993) conceptualizam a resiliência como um traço positivo de personalidade que aumenta a adaptação individual. Por outro lado, Hardy, Concato e Gill (2004) conceptualizam a resiliência como a resposta a um evento stressante e não um traço de personalidade. Bonanno (2008) propõe que um sujeito resiliente é aquele que mantém um funcionamento físico e psíquico relativamente estável, face a traumas ou perdas. De acordo com Machin (2007), existem três elementos comuns que caracterizam a resiliência:

1. Recursos pessoais criativos, que envolvem qualidades como: a flexibilidade, coragem e a perseverança
2. Perspetiva de vida positiva: otimismo, esperança, capacidade de refletir sobre as experiências e motivação para atingir objetivos pessoais.
3. Nível de integração social, caracterizado pela acessibilidade a apoio social e capacidade pessoal para lhe aceder.

A dificuldade em definir este conceito deve-se à abordagem holística que utiliza, sendo uma metateoria comum a outras teorias, abrangendo, uma vasta área de opiniões, perspetivas e modelos ao englobar vários paradigmas que se tocam como a filosofia, física, medicina e as neurociências (Davidson, 2002)

Este conceito pode ser situado no início dos anos 80, apesar de ter raízes em investigações anteriores, nomeadamente nos primeiros trabalhos sobre a vinculação de Bowlby (1973), onde ele fala da tentativa que um sujeito faz para se equilibrar após uma perda, minimizando efeitos negativos e maximizando aqueles que lhe dão prazer, sendo esta uma força dentro da motivação humana. De certa forma, Freud criou uma base epistemológica desta abordagem, através do termo *Sublimação*, que Anne Freud conceptualiza mais tarde no livro *O Ego e os Mecanismos de Defesa* (Freud, 1972).

Relativamente à investigação posterior, podem ser numerados três momentos. No primeiro momento a investigação focou-se na compreensão das características que têm os sujeitos que não cedem a fatores de risco, o segundo tenta compreender o processo de obtenção dessas mesmas características e o último momento tenta entender e formular o conceito de resiliência (Richardson, 2002).

Como já foi referido, deve-se ter em conta que a maior parte dos estudos assenta numa perspetiva holística, e são consistentes ao identificar a resiliência como um processo dinâmico entre os acontecimentos e recursos pessoais, em função da fase de desenvolvimento em que o sujeito se encontra e do seu contexto, não sendo esta uma característica inata ao ser humano (Kosciulek, McCubbin, & McCubbin, 1993; Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 1999; Richardson, 2002).

O estudo deste construto tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo que cerca de 80% das investigações sobre a resiliência tem sido desenvolvida a partir do ano 2000 (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge, & Hjemdal, 2003).

1.2.2. A resiliência no idoso

Pensando nas diversas variáveis que intervêm, na resiliência, torna-se claro o fato de se poder pensar a adaptação a um processo de luto no idoso à luz deste constructo.

Sendo a velhice a última fase de desenvolvimento na vida de um indivíduo, serão experimentadas diversas mudanças que, de modo geral, a caracterizam. Estas mudanças estão associadas com o avançar da idade, vão incluir modificações físicas, que podem resultar num aumento da vulnerabilidade, da dor, de limitações na deslocação e na diminuição de capacidades sensoriais. Com o maior número de anos vivido também é provável que um maior número de falecimentos de pessoas conhecidas tenha ocorrido, fazendo com que o idoso se depare com a morte e sofra com o processo de luto de relações próximas. Ao mesmo tempo, na velhice também se sofrem mudanças sociais tais como, por exemplo, o início da reforma ou perda de papéis sociais, o que pode levar a que o luto de diversas perdas se entreponha, podendo ser sucessivamente mais difícil de as ultrapassar (Elmore, Brown, & Cook, 2011) É possível perceber que o envelhecimento está marcado por perdas a diversos níveis, fazendo com que a capacidade para uma adaptação positiva a todos estes

acontecimentos *stressantes* de vida seja essencial para um envelhecimento saudável, ou seja, ser um sujeito com características resilientes.

De facto, não é surpreendente que a percentagem de viúvos seja mais numerosa a partir da terceira idade. Na maior parte dos sujeitos, esta separação é geradora de grande sofrimento e *stress*. Contudo, existem vários estudos que demonstram correlações positivas entre a resiliência e um processo de luto saudável, concluindo que uma atitude resiliente face à perda de uma pessoa próxima é uma norma e não uma exceção (Dutton & Zisook, 2005; Bonanno, Papa, & O'Neill, 2001; Bonanno, 2008; Ott, Lueger, Kelber, & Prigerson, 2007).

Os estudos mencionados mostram que a marca de um envelhecimento saudável é a capacidade do sujeito se conseguir adaptar às mudanças que surgem na sua vida, assim como, a recuperação, quando ocorrem perdas ou outros acontecimentos negativos. Com o crescimento e diversidade populacional, cada vez maior desta faixa etária, a necessidade de desenvolver a resiliência, nesta população, torna-se essencial (Elmore, Brown, & Cook, 2011).

Já que, durante o curso de vida é expectável que todos os sujeitos passem por, pelo menos, um evento traumático ou stressante, atualmente, tem sido dado ênfase ao tratamento após um acontecimento desse género, quando a forma de reagir o aconselha. Contudo, estudos recentes sugerem que uma prevenção primária será mais eficaz que uma prevenção terciária, de forma a fortalecer a resiliência na população antes da ocorrência de um acontecimento adverso. Isto poderá ocorrer, por exemplo, através do fortalecimento de redes sociais. O estudo de Greenfield e Marks (2004) demonstra esta importância, salientando o papel do voluntariado na terceira idade, que atenua os efeitos negativos de redes sociais mais pobres ou de experiências de outras perdas (e.g. parceiro, emprego, papel social).

Também é interessante mencionar a Teoria Psicossocial de Erikson (1980), onde ele refere, no oitavo estágio, Integridade vs. Desespero, através da emergência da sabedoria o sujeito conseguirá integrar as suas experiências passadas aceitando o presente. Com o desenvolvimento desta capacidade é possível acolher as mudanças que correram com o envelhecimento, sendo estas as características de um sujeito resiliente.

1.3 Processo de Luto

1.3.1. História e Conceitos-Chave

A Organização Mundial de Saúde (2004) define o luto como um processo de perda e recuperação, normalmente associado com a morte. Neste processo surgem um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais.

A *American Psychiatric Association* (2013), no livro *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-V), descreve o processo de luto normal como o estado de ter perdido, por um falecimento, alguém com quem se tinha uma relação próxima. Este processo inclui um conjunto de respostas a esta perda. O mesmo livro também diferencia entre luto normal e complicado, quando ocorrem reações negativas, persistentes, até 12 meses após a morte do falecido. Quando este processo persiste, durante mais de 12 meses após a morte, e interfere com a capacidade do indivíduo para viver, o sujeito poderá ser diagnosticado como um luto complicado.

Este conceito surge com Horowitz e colegas (1993; 1997), ao conceptualizar os sintomas nucleares do luto complicado (pensamentos intrusivos, evitamento ou negação da perda, dificuldade na adaptação à vida diária). Ao serem operacionalizados os sintomas para este diagnóstico deu-se um impulso na investigação do luto. Com efeito, já há várias décadas que o luto tem vindo a ser explicado por vários autores.

Uma das primeiras tentativas de explicar as raízes do luto, dá-se com Darwin (1872), ao observar animais que se tinham separado de outros com quem se haviam relacionado, é possível observar uma contração dos mesmos músculos que os humanos enlutados utilizam quando se encontram em sofrimento. Especula-se que estas distintas expressões seriam inatas e seriam produzidas por aquilo que ele intitulou como os “músculos do luto”.

Mais tarde, Freud (1917) descreve aquele que é considerado o primeiro modelo psicodinâmico do luto. Neste modelo é referida a existência de um processo psicológico inerente à experiência de perda, existindo uma retirada gradual da energia previamente investida no objeto perdido, resultando num progressivo desinvestimento desse objeto. Depois da experiência deste processo o indivíduo tornar-se-á capaz de utilizar essa energia para investir num novo objeto.

A teoria da Vinculação também pode ser pontada como uma hipótese de explicação para o processo de luto. Os diferentes estilos de vinculação parecem afetar as subseqüentes reações à perda de pessoas próximas e muitos dos enlutados que procuram ajuda profissional reportam influências parentais negativas na infância, levando à conseqüente vulnerabilidade e intensidade de sintomas que sentem no seu luto em adultos (Parkes, 1991). Bowlby (1980) divide o processo de luto em quatro fases: Dormência (o sujeito encontra-se em choque, impedindo-o de processar o acontecimento); Saudade e Procura (surge com a ansiedade de separação que leva o enlutado a procurar a pessoa que perdeu); Desorganização e Desespero (a procura não bem sucessiva do falecido leva à desorganização do self); Reorganização (nesta fase o sujeito consegue encontrar numa nova forma de viver, integrando a perda nas suas experiências).

Para Parkes (1998), o luto não se caracteriza apenas por um conjunto de sintomas que surgem posteriormente a uma perda, mas sim uma sucessão de quadros clínicos que vão ser vividos pelo enlutado, num processo de tomada de consciência e aceitação da perda. Este autor, ao estudar o luto de acordo com os aspetos culturais, vai dividir o processo em quatro partes. Começa pelo Entorpecimento, um período em que a pessoa em luto se poderá sentir desligada do mundo, nesta fase pode ocorrer uma negação do acontecimento como defesa do indivíduo. A segunda fase, Anseio e Protesto, caracteriza-se por um grande desejo de recuperação da pessoa perdida, que poderá gerar culpa, raiva ou a sensação de abandono, dirigidos ao próprio ou ao falecido. A terceira fase descrita por este autor é o Desespero e Desorganização, a tomada de consciência da perda pode gerar sentimentos de apatia ou depressão, podendo surgir desinteresse em socializar, em tarefas rotineiras ou em novas atividades. Por fim, surge a fase da Recuperação ou Restituição, um período marcado por sentimentos positivos, já que o sofrimento diminui gradualmente. Este modelo reconhece que as pessoas poderão avançar ou retroceder, não existindo uma passagem fixa entre cada fase (Bowlby & Parkes, 1970). Quando foi teorizado, foi facilmente adotado pela sua semelhança aos estágios psicosssexuais de Freud, ou seja, de acordo com este modelo, psiconeuroses podem surgir se um sujeito fica “preso” numa das fases. Foi mesmo criada uma terapia específica, baseada nesta teoria, com o objetivo de orientar o cliente para a confrontação com ideias reprimidas que estariam a fixá-lo numa das fases (Parkes, 2002).

A teoria integrativa de Sanders (1999) tenta incorporar elementos psicológicos, biológicos e neurológicos, a forma como eles influenciam o sujeito durante o seu processo de luto e como determinam o seu bem-estar. Esta autora também teoriza que cada indivíduo passará por

cinco fases durante o luto: Choque, Consciência da Perda, Conservação-Retirada, Cura e Renovação.

Worden (2002) também teoriza um modelo com quatro tarefas: Aceitar a realidade da perda, sentir dor no luto, adaptar-se ao ambiente sem o falecido e recolocar emocionalmente o falecido, vivendo a sua vida. Após completar estas tarefas o sujeito consegue falar e pensar sobre a perda sem a dor ou sofrimento que, anteriormente, lhe estavam inerentes; o interesse pela vida é recuperado, com mais esperança e gratificação; e é possível adaptar-se a novos papéis na vida. Worden (2002) discorda com o esquema de fases criado por Bowlby, Parkes ou Sanders, explicando que estas sugerem passividade do sujeito enquanto as tarefas implicam que o enlutado seja ativo no processo de luto.

Barbosa (2010) conceptualiza o processo de luto em três fases dinâmicas e complexas: Choque/Negação; Desorganização/Desespero; Reorganização/Recuperação. Cada uma engloba aspetos sociais, emocionais, cognitivos e espirituais. O processo de luto também é visto como multidimensional, sendo influenciado pela história de vida de cada sujeito, e por isso estas fases não podem ser pensadas de forma dogmática mas sim fluída, pois são vividas de forma subjetiva. A figura 2 ilustra como as diferentes fases interagem dentro deste modelo.



Figura 2: Fases do Luto, Barbosa (2010)

Na primeira fase, Choque/Negação, há um evitamento da situação mas com progressivos comportamentos de procura o sujeito vai, gradualmente, consciencializar-se da perda, o que

leva à próxima fase, Desorganização/Desespero, marcada por problemas existenciais, cognitivos, somáticos e comportamentais, sentimentos de culpa e irritação em relação a si ou ao falecido. Estes sentimentos são normais e não devem ser reprimidos mas sim manejados, para que o sujeito consiga passar à próxima fase. A Reorganização/Recuperação surge quando o indivíduo consegue reconhecer a perda e assim adaptar-se-á a uma nova vida (Barbosa 2010).

Tal como o modelo anterior, também Stroebe e Schut (1999), reconhecem a necessidade de integrar elementos mais amplos para a compreensão do processo de luto, identificando funções cognitivas, sociais e culturais na reação à perda. Desta perspetiva resulta o Modelo Dual do Luto, inovador, que considera, igualmente, processos cognitivos e sociais de adaptação à perda, vendo-a como um processo dinâmico de oscilação entre a perda e a restauração, isto é, uma oscilação entre o confronto da dor e o seu evitamento, como demonstra a figura 3.

Este modelo também permite diferenciar entre um luto normal e um luto complicado. O modelo estabelece que apesar de existir uma constante oscilação, no início da perda o sujeito estará mais orientado para a perda e, gradualmente, tornar-se-á cada vez mais orientado para a restauração. Contudo, comportamentos rígidos que levem o sujeito a estagnar numa das orientações estão associados a lutos complicados.

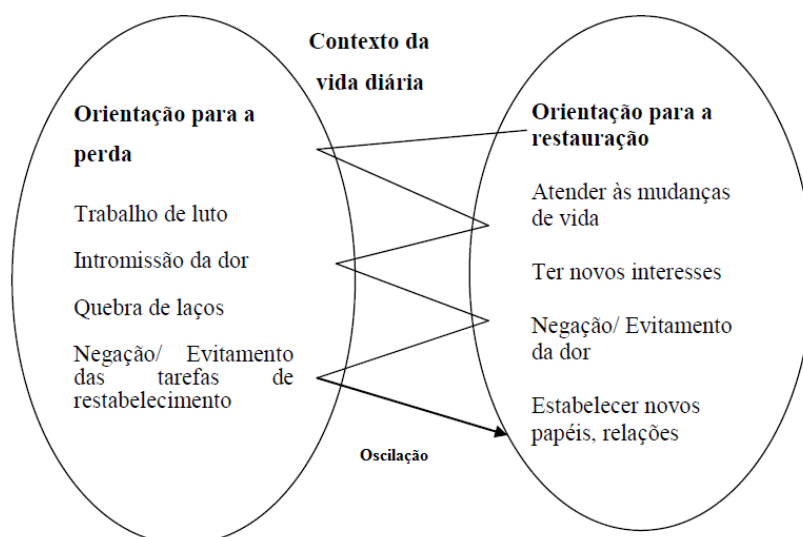


Figura 3 Modelo Dual do Luto (Stroebe e Schut, 1999)

Para além do luto normal, que foi anteriormente descrito, o processo de luto pode-se tornar complicado ou psicopatológico. Entre 80% a 90 % dos lutos são considerados normais, sendo possível uma adaptação à perda e prosseguimento da vida (Prigerson, 2005; Kersting, Braehler, Glaesmer, & Wagner, 2011; Shear, et al., 2011).

Para uma tentativa de prevenção de um processo de luto complicado ou psicopatológico devem-se identificar prontamente fatores de risco do enlutado, especialmente se este for seguido previamente ao falecimento por um profissional de saúde. Estes fatores serão diversos e, mesmo com a sua identificação, pode não ser possível uma previsão do tipo de processo de luto do sujeito ou a evitação de um luto complicado.

Diversos autores descrevem os fatores de risco que poderão influenciar o luto, por essa razão estes serão divididos em três grandes grupos: Fatores Circunstanciais, Fatores Pessoais e Fatores Interpessoais.

1. Fatores Circunstanciais: nestes incluem-se o contexto da perda. Barbosa (2010) afirma que se devem ter em conta falecimentos que levem a uma perda abrupta no ciclo de vida, se forem súbitos/inesperados e casos de doenças estigmatizadas ou prolongadas. Contudo, a evidência empírica não é concordante relativamente ao impacto de uma morte súbita, pois esta diferença parece estar relacionada com fatores da personalidade (Breckenridge, Gallagher, Thompson, & Peteson, 1986; Stroebe, Stroebe, & Domittner, 1988).
2. Fatores Pessoais: abrangem traços de personalidade, religiosidade, género, estilo de vinculação e idade (Stroebe, Stroebe, Schut, Zech, & Van Den Bout, 2002). As diferenças de género observam-se na maior dificuldade que os homens têm em pedir apoio social e pelo maior sofrimento emocional das mulheres. Por outro lado, a curto prazo, a viuvez tem efeitos negativos mais pronunciados em mulheres jovens mas, a longo prazo a vulnerabilidade é mais visível em mulheres mais velhas (Sanders, 1993). Os estudos sobre a religiosidade têm resultados contraditórios, alguns demonstram efeitos positivos (Bohannon, 1991), outros não reportam diferenças (Lund, Dimond, Casserda, Johnson, Poulton & Connelly, 1985) ou até referem um pior ajustamento dos indivíduos religiosos (Rosik, 1989). Barbosa (2010) também menciona que personalidades dependentes, estilos de vinculação inseguros e perdas anteriores não resolvidas podem levar a uma maior vulnerabilidade do enlutado.

3. Fatores Interpessoais: estes estão associados com o contexto interpessoal associado à perda. O apoio social, especialmente de amigos e família, está diretamente correlacionado com benefícios na saúde física e com fatores protetores no luto (Sanders, 1993). O parentesco também tem grande influência no processo, especialmente quando se considera a fase de desenvolvimento do falecido. Diversos estudos demonstram que a perda de um filho resulta numa dor mais intensa quando comparada com a perda de um parceiro romântico (Leahy, 1993; Nolen-Hoeksema, McBride, & Larson, 1997)

Prigerson, Venderwerker, e Maciejewski (2007), consideram também como fatores de risco para o luto prolongado a proximidade da relação com o falecido, o estilo de vinculação inseguro, a falta de apoio social, a ansiedade de separação na infância, os pais autoritários e relações de dependência.

1.3.2. Perturbação de Luto Prolongado

A Perturbação de Luto Prolongado é caracterizada por diversos sintomas como: saudades/anseio pelo falecido, negação da morte ou dificuldade em aceitá-la, pensamentos intrusivos sobre o falecido, atordoamento emocional, sentir que a vida se tornou vazia, sem significado ou que parte de si também morreu, sentir revolta, raiva ou amargura, desconfiança sobre outras relações, dificuldade em viver a sua vida com uma consequente redução da atividade social ou ocupacional (Prigerson, Shear, Bierhals, Pilkonis, Wolfson, Hall, Zonarich, & Reynolds, 1997). Holland, Neimeyer, Boelen e Prigerson (2009) ainda acrescentam que estas reações se devem distinguir do luto normal pela severidade dos sintomas, que devem ser persistentes durante pelo menos 6 meses consecutivos.

Só recentemente é que Prigerson, Vanderwerker e Maciejewski (2007) teorizam esta Perturbação, diferenciando-a do Luto Complicado. Os autores explicam que o termo prolongado expressa melhor a natureza da perturbação. Apesar do tempo não ser o único fator a considerar foi observado que ao contrário do Luto Normal, na Perturbação do Luto Prolongado as dificuldades e sintomas associados ao luto vão persistir e aumentar com o tempo e não diminuir (Jordan, & Litz, 2014)

O DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) inclui o que denomina de *Persistent Complex Bereavement Disorder*, demonstrando reconhecimento empírico pelas

consequências da morte de alguém próximo. Contudo, a descrição feita desta perturbação parece ser uma combinação entre a Perturbação de Luto Prolongado de Prigerson, et al., (2009) e os critérios para o Luto Complicado sugeridos por Shear, et al. (2011). Esta mudança pode fazer com que os critérios de diagnóstico desta perturbação careçam de evidências empíricas, correndo o risco de fazer com que a investigação seja potencialmente retardada por deixar de existir um caminho claro para a operacionalização destes conceitos (Boelen & Prigerson, 2012).

Diversos estudos validam esta Perturbação, demonstrando uma associação com indivíduos diagnosticados com níveis elevados de ideação suicidada, incapacidades funcionais, hipertensão, redução da qualidade de vida e um maior número de hospitalizações (Prigerson, et al., 1997; Holland, Neimeyer, Boelen, & Prigerson, 2009).

1.3.3. Viuvez

Dos falecimentos ocorridos em Portugal no ano de 2011, resultaram 13442 viúvos e 32150 viúvas, demonstrando uma grande desigualdade entre taxas brutas de viuvez por sexo, de 2,7 por cada mil homens e de 5,8 por cada mil mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A morte de um parceiro romântico implica a perda de uma importante figura de vinculação, mas não só. Durante um casamento, são formados sistemas de papéis sociais, rotinas, interdependências, que, por sua vez, refletem a identidade de cada um dos membros do casal, ser “esposa”, “marido” ou “companheiro” torna-se incutido no *Self* de cada um dos sujeitos, tornando-se parte de quem são e, com a sua perda, sentimentos de solidão ou depressão podem surgir (Moss, Moss, & Hansson, 2002).

Apesar destas mudanças e dificuldades que podem surgir da viuvez a maior parte das viúvas mais velhas acaba por tomar consciência de que esta perda é uma oportunidade para o seu crescimento pessoal, e desenvolvem estratégias de *coping* mais positivas que levam a uma maior autoconfiança e a orgulho na forma como lidaram com a morte do marido (Lund, 1989). Este aumento de autoestima e independência é comparável às mudanças reportadas por mulheres divorciadas (Nelson, 1994; Wallerstein, 1986).

É também interessante notar as diferenças de género que foram sendo investigadas. Em termos de estilos de *coping*, vários estudos demonstraram que os homens tendem a estar mais focados no problema, enquanto as mulheres utilizam mais frequentemente estratégias focadas

nas emoções (Folkman, & Lazarus, 1980). Normalmente, o foco no problema é mais eficaz do que um foco nas emoções, sugerindo que os homens teriam melhores recursos para enfrentar uma perda.

No que respeita à dimensão de confrontação-evitamento, os homens tendem a ser mais Evitantes que as mulheres. Estas, quando deprimidas, tendem a ruminar sobre os seus sentimentos e a confidenciar os seus problemas a outros, já os homens tendem a evitá-los (Nolen-hoeksema, Parker, & Larson, 1994).

Com o avançar da idade, estas diferenças parecem ficar mais atenuadas, mas não deixando que a expressão do luto, no feminino, de ser mais aberta e expressiva e, no masculino, de ser Evitante e de ser mais difícil a procura de apoio social (Sanders, 1999).

1.4. Estudos Sobre os Efeitos da Vinculação e Resiliência no Processo de Luto

Os recursos psicológicos e sociais disponíveis para lidar com acontecimentos traumáticos de vida e a perspetiva pessoal relativamente a esses eventos são essenciais na avaliação do processo de luto específico de cada sujeito. Por este motivo será feita uma revisão de estudos empíricos que o provem.

Atualmente, o número de investigações sobre a forma como os adultos reagem à perda e ao luto tem vindo a aumentar. Sendo expectável que todos os sujeitos, nalguma fase da sua vida, tenham vivido situações potencialmente traumáticas e, ainda assim, continuam a viver as experiências positivas da sua vida e a mostrar consequências mínimas ou até nulas relativamente a esses eventos. Infelizmente, o conhecimento da psicologia sobre estes acontecimentos advém, muitas vezes, de indivíduos que procuraram ajuda em situações adversas, levando a uma imagem errada da forma como as pessoas reagem. Bonanno (2008) desafia o conhecimento adquirido com a hipótese de que a baixa resiliência face à adversidade não é ilustrativa da população, demonstrando que a resiliência face ao luto é mais comum do que aquilo que seria esperado. Sendo que, entre 80 a 90% dos enlutados experienciam lutos considerados como normais, demonstrando que a grande maioria consegue adaptar-se à situação prosseguindo com as suas atividades (Prigerson, 2004).

Várias investigações empíricas tentaram perceber o impacto dos estilos de vinculação no luto. Cada um deles seria uma pista para prever o curso, intensidade e tipo de luto após a morte de

uma figura de vinculação. Não é surpreendente que a investigação seja consistente ao concluir que quanto mais próxima é a relação entre o falecido e o enlutado maiores os sintomas de luto (Wayment, & Vierthaler, 2002).

Sendo Bowlby (1980) o primeiro autor a relacionar estas duas variáveis, descreve que sujeitos com vinculação Seguro iriam reagir emocionalmente à perda de alguém próximo, mas não se tornariam sobrecarregados pelo luto. Em concordância com ele, Shaver e Tancredy (2001) verificaram que indivíduos com um estilo de vinculação segura conseguem aceder a memórias emocionais relacionadas com o falecido, sem dificuldade, reagindo à perda, mas conseguindo-se adaptar. Um estilo inseguro Evitante está associado com a falta de confiança nos outros e independência, estes sujeitos tendem a suprimir emoções relacionadas com a perda (Fraley, Davis, & Shaver, 1998). Um estilo ansioso-ambivalente associa-se com falta de confiança no *self*, fazendo com que estes indivíduos não consigam lidar com os sentimentos de perda, tornando-se muito emocionais. Vários autores mostraram também que sujeitos com um estilo de vinculação ansioso-ambivalente tendem a ruminar e sentir maior *distress*, enquanto sujeitos evitantes tendem a somatizar e adotar estratégias de distanciamento (Mikulincer, & Florian, 1998; Wayment, & Vierthaler, 2002)

Com efeito, a investigação empírica sobre o estilo de vinculação evitante tem conduzido a resultados contraditórios. Foi postulado que a vinculação evitante estaria associada a um luto menos acentuado mas a maior risco de dificuldades a longo prazo e luto prolongado (Bowlby, 1980; Middleton, Moylan, Raphael, Burnett, & Martinek, 1993). Apesar das muitas investigações, ainda não existe evidência empírica suficiente para afirmar uma maior probabilidade de ocorrência de luto prolongado (Bonanno, & Field, 2001). Consistente com isto, o estudo de Fraley e Bonanno (2004) aponta para que sujeitos com estilo de vinculação Evitante-desligada demonstram tipos de luto e um grau de resiliência semelhante aos sujeitos com um estilo de vinculação Seguro, sugerindo que as diferenças estariam relacionadas com o grau de ansiedade. Contudo, outros autores não encontraram relação entre vinculação Evitante e intensidade do luto (Field & Sundin, 2001; Wayment & Vierthaler, 2002), ou predizem que a vinculação Evitante leva a elevados sintomas de luto ao longo do tempo (Wijngaards-de-Meik, Stroebe, van der Bout, van der Heijden, & Dijkstra, 2007).

Capítulo 2: Objetivos e Hipóteses de Estudo

A revisão de literatura realizada no ponto anterior demonstra a quantidade de estudos efetuados relativamente à vinculação e à resiliência no processo de luto. Contudo, são escassos os estudos que avaliam as duas variáveis, em simultâneo, ou existindo acordo entre os autores sobre os seus efeitos, especialmente, quando se analisa um estilo de vinculação Evitante.

Nesta sequência, a partir de uma amostra com as seguintes características: sujeitos do sexo feminino que se tenham tornado viúvas há pelo menos 6 meses, irá ser estudada a forma como a vinculação e o grau de resiliência afetará o processo de luto, focando-se nas manifestações de luto prolongado.

De seguida, serão apresentados os objetivos específicos do estudo e as respetivas hipóteses, de forma discriminada.

Objetivo 1: Caracterização da amostra de acordo com o seu estilo de vinculação e grau de resiliência e tipo de luto.

Objetivos específicos:

- a) Qualificar a vinculação no adulto de acordo com os 6 fatores, analisando a distribuição dos participantes segundo os quatro estilos de vinculação apresentados no modelo de Bartholomew (1990).
- b) Quantificar o grau de resiliência da população de estudada.
- c) Classificar a população enlutada no que diz respeito às manifestações de Luto Prolongado.

Objetivo 2: Analisar a relação entre o estilo de vinculação e o grau de resiliência.

Objetivos específicos:

- a) Examinar se o estilo de vinculação se associa com o grau de resiliência da amostra.

Hipóteses:

- 1. Espera-se que um estilo de vinculação Seguro e Evitante-Desligado se associe com um elevado grau de resiliência.
- 2. Espera-se que um estilo de vinculação Preocupado e Evitante-Receoso esteja relacionado com um grau de resiliência baixo.

Objetivo 3: Analisar a relação entre as manifestações de luto, estilo de vinculação e resiliência e variáveis sociodemográficas.

Objetivos específicos:

- a) Analisar a relação entre as manifestações de sintomas de Luto Prolongado, resiliência e estilo de vinculação com o apoio de familiares.
- b) Analisar a ligação entre a qualidade e quantidade das relações interpessoais com a manifestação de sintomas de Luto Prolongado, resiliência e vinculação.
- c) Verificar a relação da adaptação à viuvez com as restantes variáveis.

Hipóteses:

3. Espera-se que quanto mais positiva for a avaliação da adaptação à viuvez, menores sejam os sintomas de Luto Prolongado.
4. Espera-se que estilos de vinculação Seguros tenham maior percepção de apoio, qualidade e quantidade de relações, do que estilos inseguros.
5. Prevê-se que estilos de vinculação: Preocupado e receoso tenha uma pior percepção da sua adaptação à viuvez.
6. Prevê-se que quanto mais elevada for a resiliência, melhor seja a adaptação subjetiva à viuvez.

Objetivo 4: Analisar a relação que as variáveis: estilo de vinculação e grau de resiliência têm com as manifestações de luto prolongado.

Objetivos específicos:

- a) Estudar as manifestações de luto prolongado nos diferentes estilos de vinculação e resiliência.

Hipóteses:

1. Espera-se que os participantes com um estilo de vinculação Seguro ou Evitante-desligado tenham menos manifestações de Luto Prolongado.
2. Espera-se que os participantes com um estilo de vinculação Preocupado ou Evitante-receoso tenham mais sintomas de Perturbação de Luto Prolongado.

3. Espera-se que o grau de resiliência se associe com a manifestação de sintomas de Luto Prolongado.

Capítulo 3: Método

Este capítulo irá descrever a amostra a ser estudada, serão apresentados os instrumentos utilizados e, por fim, serão descritos os procedimentos de recolha de dados e de análise estatística.

3.1.Amostra Estudada

Tendo em conta os objetivos específicos deste estudo, a amostra utilizada foi selecionada tendo por base os seguintes critérios: sujeitos do sexo feminino, com mais de 60 anos, e que se encontrassem num estado civil de viuvez há pelo menos 6 meses.

A amostra deste estudo é do tipo de conveniência (Maroco, 2007), já que os questionários foram respondidos por indivíduos, do âmbito dos contatos da investigadora, que se disponibilizaram para isso e, por outros, aos quais se chegou através de pessoas que se voluntariaram para indicar possíveis participantes que correspondessem aos requisitos necessários para o estudo. Por esta razão, a amostra do estudo é simultaneamente, uma amostragem de propagação exponencial (Maroco, 2007).

No quadro 1 pode ser observada uma análise descritiva das características sociodemográficas da amostra estudada. Esta inclui as variáveis: idade, tempo de viuvez, habilitações literárias, atividade profissional, tempo de reforma, participação em atividades, constituição do agregado familiar, crenças e práticas religiosas e o número de filhos.

A amostra deste estudo é assim constituída por 48 viúvas, há pelo menos 6 meses, com idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos, a média de idade é de 75.27 anos com um desvio-padrão de 8.13.

Indo ao encontro dos objetivos do estudo, a totalidade da amostra (N=48) é pois do sexo feminino e é viúva. O número de anos de viuvez varia entre 2 a 38 anos, com uma média de 11.19 anos e desvio-padrão de 8.75. Todas as participantes do estudo têm filhos, este número varia entre 1 a 8 filhos, com uma média de 3.04 e desvio-padrão de 1.81. Relativamente às habilitações literárias, a maioria tem o ensino básico completo (41.7%) ou incompleto

(20.8%), sendo que uma minoria tem o ensino secundário completo (6.3%) ou ensino secundário incompleto (12.5%) e os restantes sujeitos são iletrados (18.8%).

Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra

Idade		
Média (Desvio-Padrão)		75.27 (8.13)
Variação		60-89
Tempo de Viuvez (Anos)		
Média (Desvio-Padrão)		11.19 (8.75)
Variação		2-38
Habilitações Literárias (Frequências)		
Ausência de Escolaridade		9 (18.8%)
Ensino Básico Incompleto		10 (20.8%)
Ensino Básico Completo		20 (41.7%)
Ensino Secundário Incompleto		6 (12.5%)
Ensino Secundário Completo		3 (6.2%)
Atividade Profissional (Frequências)		
Sim		2 (4.2%)
Não		46 (95.8%)
Anos de Reforma		
Média (Desvio-Padrão)		14.33 (9.60)
Variação		0-35
Participação em Atividades (Frequências)		
Centradas na vida doméstica/Familiar		24 (50%)
Frequenta o centro de dia		11 (22.9%)
Frequenta grupos recreativos da igreja		10 (20.8%)
Centradas nos amigos		3 (6.3%)
Agregado Familiar (Frequências)		
Vive só		36 (75%)
Vive com terceiros		12 (25%)
Crenças e Práticas Religiosas (Frequências)		
Com crença religiosa e práticas religiosas publicas		12 (25%)
Com crença religiosa e práticas religiosas públicas e privadas		36 (75%)
Número de Filhos		

Média (Desvio-Padrão)	3.04 (1.81)
Variância	1-8

N=48

O grau de habilitações literárias mais baixo deve-se a participantes provenientes de meios rurais, já que a amostra foi maioritariamente recolhida nos subúrbios da zona Oeste de Portugal. A maior parte dos indivíduos está incluído no grupo 6: Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta ou no grupo 9: Trabalhadores não qualificados (INE, 2011).

A grande maioria dos sujeitos já se encontra reformado (95.8%), com uma média de cerca de 14.3 anos de reforma e desvio-padrão de 9.60.

A participação em atividades é centrada na vida doméstica ou familiar, pela maior parte dos sujeitos (50%), os restantes frequentam o centro de dia (22,9%) ou grupos recreativos na igreja (20,8%), uma pequena minoria (6,3%) participa em atividades centradas nos amigos. Sobre o agregado familiar da amostra a maioria vive só (75%) e os restantes sujeitos vivem com terceiros (25%).

Por fim, todos os sujeitos demonstram seguir uma crença religiosa, onde 36 (75%) dos sujeitos mencionam a práticas religiosas públicas e privadas e 12 (25%) referem apenas práticas religiosas públicas.

3.2 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos e um questionário sociodemográfico, estes serão descritos em seguida.

3.2.1 Questionário de Estilo Relacional

O Questionário de Estilo Relacional (QER) corresponde à versão portuguesa dos questionários: *Relationship Style Questionnaire* (Bartholomew & Horowitz, 1991) e *Adult Attachment Questionnaire* (Collins & Read, 1990), traduzido e adaptado por Moreira (2000). Este instrumento foi utilizado no presente estudo para a avaliação do estilo de vinculação do adulto, sendo escolhido por conceber, numa medida genérica e relativamente breve, os estilos de vinculação.

É constituído por 37 itens, apresentados numa escala de Likert. A escala da primeira parte do teste, ou seja, as questões 1 a 33 são apresentadas numa escala com cinco pontos, desde 1- “Não tem nada haver comigo” a 5- “Tem tudo haver comigo”, o ponto intermédio (3) também se encontra definido como: “Tem algo a ver comigo”. As questões 34 a 37 são apresentadas numa escala de 1 a 7 como uma *rating scale* para cada um dos estilos de vinculação apresentados, com vista a uma auto-avaliação por parte do participante relativamente à forma como ele se relaciona com os outros.

Este instrumento foi concebido para a auto-aplicação, podendo também ser utilizado em aplicações coletivas ou aplicado juntamente com outros instrumentos. Geralmente as instruções contidas no cabeçalho são suficientes para um preenchimento individual, mas, por vezes, surgem questões de interpretação sobre os pontos 2 e 4. Estes casos devem ser esclarecidos para que o sujeito compreenda que estes referem-se a respostas intermédias aos pontos 1, 3 e 5. Se a população alvo apresenta dificuldades em preencher o questionário autonomamente, o entrevistador poderá auxiliar numa aplicação individual (Moreira, 2000).

A cotação do QER poderá remeter para uma solução de 6 ou 3 fatores. Para esta investigação optou-se pela solução de 6 fatores, uma vez que é do interesse do estudo analisar as dimensões mais específicas da vinculação. Os 6 fatores são: “Preocupação” com atributos característicos de um estilo Preocupado ou ansioso-ambivalente, muito marcado pela ansiedade e falta de confiança no outro; o “Desconforto com a proximidade” está marcado pela ansiedade no relacionamento com outros e pelo desejo de não ter relações próximas, características de um estilo Evitante-receoso; “Outro negativo”, marcado pela presença de expectativas negativas em relação à disponibilidade dos outros, outra faceta de um estilo Preocupado ou ansioso-ambivalente; na “Competência e conforto com a proximidade” o fator tem características opostas ao fator 2, refletindo competência e motivação para investir em relações; o “Conforto com o apoio”, com elementos associados ao apoio e motivação para a intimidade; e “Auto-suficiência”, fator que contém características do estilo Evitante-desligado apesar de falhar alguns elementos deste estilo. A segunda parte do teste remete para os quatro estilos de vinculação descritos por Bartholomew (1991).

3.2.2. Escala de Resiliência de Connor-Davidson

Para a avaliação da resiliência foi utilizado o *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (Connor & Davison, 2003), que foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Faria-Anjos e Ribeiro (2011).

A escala utilizada é constituída por 25 itens, mas também podem ser utilizadas escalas mais abreviadas de 10 ou 2 itens. Esta é uma escala de autorrelato, criada no sentido de ajudar a quantificar a resiliência e como uma medida clínica para avaliar a resposta ao tratamento. Os itens são apresentados sob a forma de uma escala de Likert com 5 pontos, começando com 0 que corresponde a “Não verdadeira”, 1-“Raramente verdadeira”, 2- “Às vezes verdadeira”, 3- “Geralmente verdadeira” e 4-“Quase sempre verdadeira”. A escala é preenchida tendo em conta a realidade do indivíduo durante a última semana.

O resultado desta escala varia entre 0 e 100, sendo que quanto mais elevados forem os resultados maior o grau de resiliência do sujeito. O teste original foi testado na população geral e clínica norte-americana demonstrando boas propriedades psicométricas e uma boa consistência interna (*alfa de Cronbach*=.89) (Connor & Davidson, 2003). O mesmo ocorre na versão adaptada à população portuguesa (*alfa de Cronbach*=.88) (Faria-Anjos & Ribeiro, 2011). Os valores das duas amostras não diferem significativamente, a amostra portuguesa tem uma média de 73.4 e desvio-padrão de 12.8 e a amostra Norte-Americana apresenta 80.4 como valor médio e 12.8 como desvio-padrão (Connor & Davidson, 2003; Faria-Anjos & Ribeiro, 2011).

A literatura que envolve o CD-RISC continua a crescer: a escala encontra-se atualmente traduzida para 48 línguas, permitindo o estudo de diversas populações, incluindo amostras de grandes comunidades, sobreviventes de traumas, cuidadores de pacientes com *Alzheimer*, adolescentes, idosos, pacientes com Perturbação de Stress Pós-Traumático, grupos étnicos e diferentes grupos profissionais. Esta escala também já foi incluída em estudos de neuro-imagem.

A análise fatorial da versão original do instrumento revelou 5 fatores: Noção de competência pessoal, normas sociais e perseverança; Confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e o efeito reforçador do *stress*; Aceitação da mudança e segurança nas relações; Controlo; Influências espirituais (Conor & Davidson, 2003) Contudo, a análise fatorial dos dados que foram recolhidos na população portuguesa difere, tendo apenas 4 fatores: Noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo; Confiança no próprio,

tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do *stress*; Aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; Influências espirituais (Faria-Anjos & Ribeiro, 2011).

3.2.3. Prolonged Grief Disorder - 13

O instrumento utilizado para a avaliação dos sintomas de luto prolongado é o *Prolonged Grief Disorder -13* (PG-13), desenvolvido com base nos critérios para o diagnóstico da Perturbação do Luto Prolongado (Prigerson, Vanderwerker, Maciejewski, 2007), sendo constituído por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas referentes à reação à perda de alguém próximo, estudado para a população portuguesa por Delibera (2010). Este instrumento é promissor por já ter sido utilizado para avaliar o Luto Prolongado em diversas populações e tem também a vantagem de ser curto e abrangente (Maercker & Laler, 2012).

Está dividido em três partes. A primeira avalia a ansiedade de separação, medida numa escala de Likert com 5 pontos, variando entre 1-“Quase nunca” até 5- “Várias vezes por dia”, o último item refere-se à duração deste sintoma (manifestação superior ou inferior a seis meses), com a opção de uma resposta dicotómica afirmativa ou negativa. A segunda parte do teste contém nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, avaliados numa escala Likert de 5 pontos, 1 correspondendo a “Não, de todo” e 5 “Extremamente”. Por fim, a terceira parte é constituída por uma questão relativa à capacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou noutros domínios de funcionamento, também com uma opção de resposta dicotómica.

Para se considerar como presente esta perturbação, o sujeito deve descrever sentimentos de intensidade diária ou várias vezes ao dia nas questões 1 e 2. Relativamente aos sintomas de angústia de separação (questão 3), devem ter estado presentes, pelo menos, durante os últimos 6 meses. Nas perguntas respeitantes aos sintomas cognitivos, comportamentais e emocionais (questões 4 a 12), devem ter sido assinalados, com intensidade diária ou várias vezes ao dia, no mínimo, cinco em nove questões. Por fim, deve ser relatada disfunção social e ocupacional (questão 13) (Delalibera, 2010). Para efeitos deste estudo, também se fará um somatório dos sintomas que os sujeitos descrevem no teste, sendo que o valor mínimo de sintomas é 0 e o máximo são 59.

Este instrumento resulta de um consenso entre a evidência empírica, permitindo avaliar as manifestações de luto, diferenciando entre uma reação patológica e uma normal. Permite o reconhecimento do sofrimento, de forma a garantir suporte para uma melhor adaptação à perda (Delalibera, 2010).

3.2.4. Questionário Sociodemográfico

Foi aplicado a cada sujeito um questionário sociodemográfico (Anexo I). Este tendo como objetivo a recolha de informações demográficas, do contexto social e cultural. Apesar de terem sido questionadas outras áreas, nem todas serão exploradas neste estudo.

O questionário tem um total de 18 questões e permitiu recolher: dados pessoais dos participantes (e.g. idade cronológica, idade que desejava ter, idade que sente ter, grau de escolaridade, profissão, sexo, naturalidade, área de residência, estado civil, adaptação à viuvez), dados familiares (e.g. constituição do agregado familiar, número de filhos), dados sociais (e.g. participação em atividades, qualidade e quantidade das relações de amizade e familiares) e religiosos (e.g. crenças e práticas religiosas).

A maioria das questões é respondida a partir de uma escala, com a exceção das questões sobre a idade, naturalidade, área de residência, profissão, tempo de viuvez e número de filhos.

3.3. Procedimento

Os dados da amostra foram recolhidos entre os meses de Março e Setembro de 2014. Esta trata-se, como já foi explicado, de uma amostra de conveniência, recolhida maioritariamente a partir da esfera relacional da investigadora.

A todos os sujeitos foi entregue um formulário de consentimento informado (Anexo II), este incluía uma breve explicação sobre os objetivos da investigação, agradecimento pela participação, garantia de confidencialidade no tratamento dos dados e o contato da investigadora para esclarecimentos ou dúvidas acerca da investigação.

Devido à baixa escolaridade da maior parte das participantes, a maior parte dos questionários foram respondidos na presença da investigadora.

Alguns dos testes foram aplicados a um grupo de viúvas que se reúne mensalmente na Paróquia de A-dos-Cunhados que é orientado pelo Pároco Eduardo Coelho. Este grupo é constituído por cerca de 15 senhoras, as atividades consistem na preparação de atividades para a igreja da paróquia, como: arranjo de flores para a igreja ou grupos de oração, e tem também como objetivo servir de apoio através da oração. Para a aplicação dos questionários,

para além do consentimento informado já mencionado, foi pedida uma autorização ao Pároco (Anexo III).

3.4. Procedimento estatístico

Para a análise dos dados deste estudo, os dados foram tratados estatisticamente através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22). Foi utilizada estatística descritiva, com cálculo de média, desvio-padrão e mediana, ou cálculo de frequências, de acordo com a natureza das variáveis.

Para avaliar a normalidade da distribuição, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Dada a não-normalidade da distribuição dos dados, foi utilizada estatística não-paramétrica. Trata-se de um estudo correlacional, sendo pois o coeficiente de Spearman, o teste estatístico que foi realizado.

Todos os dados foram tratados no programa estatístico SPSS, versão 22 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Capítulo 4: Resultados

Ao longo deste capítulo serão apresentados os diversos resultados que darão resposta aos objetivos e hipóteses apresentados no ponto 3.

4.1. Caracterização do grau de resiliência, sintomas de luto prolongado e estilo de vinculação

Para avaliar o grau de resiliência desta amostra foi aplicado o instrumento: CD-RISC. No quadro 2 apresenta-se a análise descritiva dos resultados.

Quadro 2. Caracterização do grau de resiliência

	Intervalo	Mínimo	Máximo	M	DP
Total Resiliência	59	41	100	68.83	14.76

$N=48$

De seguida será apresentada a análise descritiva dos sintomas de luto prolongado e serão referidos os sujeitos que apresentam critérios para o diagnóstico desta perturbação.

Quadro 3. Análise do total de sintomas do Luto Prolongado

	Intervalo	Mínimo	Máximo	M	DP
Total dos sintomas	35	16	51	32,19	12,23

$N=48$

Quadro 4. Frequências e percentagens de sujeitos com Luto Prolongado

	Frequência	Percentagem
Luto Prolongado	11	22.9
Ausência de Luto Prolongado	37	77.1

$N=48$

Como se pode observar, 11 sujeitos têm critérios para um diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado (Quadro 4)

No quadro 5 apresenta-se a análise dos estilos de vinculação da amostra. O resultado vai de encontro aos estudos mencionados anteriormente, apenas diferindo mais acentuadamente na

percentagem mais reduzida de sujeitos com um estilo de vinculação Seguro e na maior percentagem de sujeitos com um estilo de vinculação evitante. Contudo, isto poderá dever-se à introdução de um quarto estilo de vinculação insegura, em vez dos 3 estilos propostos por Ainsworth (1979).

Quadro 5. Estilos de Vinculação

	Frequência	Percentagem
Seguro	25	52.1
Preocupado	7	14.6
Evitante-Desligado	10	20.8
Evitante-Receoso	6	12.5

N=48

4.2. Análise da relação entre Estilos de Vinculação e o grau de resiliência

No quadro 6 encontra-se a matriz de correlações entre os estilos de vinculação e o grau de resiliência que os sujeitos da amostra apresentam. Apenas existe uma correlação significativa positiva entre a resiliência e os estilos de vinculação. Entre os diferentes estilos de vinculação também se encontraram duas correlações significativas positivas.

Quadro 6. Matriz de correlações entre estilo de vinculação e resiliência

	Preocupado	Evitante- Desligado	Evitante- Receoso	Total Resiliência
Seguro	-.446**	-.330*	-.321*	.036
Preocupado		.031	.481**	-.205
Evitante- Desligado			.166	.316*
Evitante-Receoso				-.023

** $p < .01$, * $p < .05$

No quadro 7 podem ser observadas as correlações entre os 6 fatores do Questionário de Estilo Relacional e a resiliência. Existe apenas uma correlação significativa positiva entre os fatores e a resiliência e quatro correlações significativas entre os diversos fatores.

Quadro 7. Matriz de correlações entre fatores de relacionamento e resiliência

	Preocupação	Desconforto	Outro	Competência	Conforto	Auto-suficiência
Total	-.387**	-.218	-.265	.196	.079	.238
Resiliência						
Preocupação		.525**	.516**	.041	-.149	.070
Desconforto			.383**	-.255	-.165	.088
Outro				-.052	.034	-.100
Competência					-.507**	-.210
Conforto						-.076

**p=<.01

4.3. Análise da relação entre o luto e variáveis sociodemográficas.

Foram utilizadas diversas variáveis do questionário sociodemográfico, tais como: apoio de familiares, contacto com relações familiares e de amizade, qualidade de relações familiares e de amizade e adaptação à viuvez.

O quadro 8 apresenta as correlações dos diversos estilos de vinculação, resiliência e sintomas de luto com o apoio sentido de familiares, contacto com relações de familiares, qualidade de relações com familiares e contacto e qualidade de relações de amizade. Podem ser observadas seis correlações positivas e duas negativas, estatisticamente significativas, entre estas variáveis.

Quadro 8. Matriz de correlação do total de sintomas de luto, estilos de vinculação e resiliência com o apoio de familiares

	Apoio de	Contacto com	Qualidade	Contacto	Qualidade
--	----------	--------------	-----------	----------	-----------

	Familiares	Relações familiares	de Relações familiares	com relações de amizade	de relações de amizade
Seguro	-.203	-.068	-.201	-.108	-.357*
Preocupado	.453**	.184	.321*	.101	.347*
Evitante-Desligado	-.121	-.058	.132	.081	-.062
Evitante-Receoso	.161	-.432**	.354*	-.057	.133
Resiliência	-.202	-.42	-.175	-.182	.083
Sintomas de Luto	.442**	.439**	.280	.083	.454**

**p=<.01, *p=<.05

No quadro 9 constam as correlações dos estilos de vinculação e dos seis fatores de relacionamento com a adaptação à viuvez. Foram encontradas duas correlações estatisticamente significativas, uma negativa e uma positiva, com os estilos de vinculação, e três correlações positivas, estatisticamente significativas, com os fatores de relacionamento.

Quadro 9. Matriz de correlação dos estilos de vinculação e fatores de relacionamento com a adaptação à viuvez.

	Adaptação à viuvez
Seguro	-.354*
Preocupado	.451**
Evitante-Desligado	.031
Evitante-Receoso	.222
Preocupação	.375**
Desconforto	.363*
Outro	.376**
Competência	.113
Conforto	.040
Auto-suficiência	-.199

**p=<.01, *p=<.05

Relativamente, à correlação dos sintomas de luto e ao luto prolongado com a adaptação à viuvez, foram obtidos dois valores estatisticamente significativos, um positivo e outro

negativo (ver Quadro 10). Com a variável de resiliência não foram obtidos valores significativos.

Quadro 10. Matriz de correlação dos sintomas de luto e luto prolongado com a adaptação à viuvez.

	Adaptação à Viuvez
Sintomas de Luto	.611**
Luto Prolongado	.385**

**p=<.01, *p=<.05

4.4. Análise da relação da vinculação e da resiliência nas manifestações de luto prolongado

No que diz respeito, ao Luto Prolongado, foram encontradas quatro correlações estatisticamente significativas, três negativas e duas positivas. Quanto à manifestação de sintomas de Luto Prolongado verificam-se cinco correlações positivas, estatisticamente significativas, e uma negativa (Quadro 11).

Quadro 11. Matriz de correlação entre os estilos de vinculação e fatores de relacionamento com as manifestações de luto prolongado

	Luto Prolongado	Sintomas de Luto
Seguro	-.262	-.311*
Preocupado	.542**	.501**
Evitante-Desligado	-.061	-.118
Evitante-Receoso	.188	.381**
Preocupação	.222	.468**
Desconforto	.321*	.337*
Outro	.349*	.383**
Competência	.196	.129
Conforto	.081	-.134
Auto-suficiência	-.412**	-.179

**p=<.01

*p=<.05

No Quadro 12, é possível observar a relação entre a resiliência e as manifestações de Luto Prolongado, verificando-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa, entre a resiliência e a manifestação de sintomas de luto.

Quadro 12. Matriz de correlação entre a resiliência e as manifestações de luto prolongado.

	Luto Prolongado	Sintomas de Luto
Resiliência	-.124	-.410**

**p=<.01

Capítulo 5: Discussão de Resultados

Segue-se a discussão dos resultados obtidos neste estudo, que foram apresentados no ponto anterior. A discussão de resultados será orientada de acordo com os objetivos enumerados no ponto 3, verificando-se a confirmação ou rejeição das hipóteses apresentadas nesse ponto.

Assim, esta irá incidir na vinculação e resiliência das viúvas e na forma como estas variáveis influenciam o processo de luto, mais especificamente, se estas variáveis poderão afetar a quantidade de sintomas de Perturbação de Luto Prolongado e a presença de critérios para o seu diagnóstico.

Nos resultados da resiliência os participantes obtiveram um resultado médio de 68.83 (desvio-padrão de 14.76), demonstrando um resultado acima da mediana (50). Ao comparar com a amostra Portuguesa (Faria-Anjos e Ribeiro, 2011) que tem uma média de 73.4 (desvio-padrão de 12.8), é possível verificar que apesar dos resultados desta amostra serem mais baixos, não são díspares da amostra original. Este resultado mais baixo poderá dever-se à falta de heterogeneidade da amostra deste estudo, já que todos os sujeitos residem na mesma zona do país (zona Oeste) e são viúvas do sexo feminino.

Face à distribuição dos participantes pelos estilos de vinculação, de acordo com o modelo de Bartholomew (1990), destaca-se o estilo de vinculação Seguro (52.1%), seguido do estilo Evitante-desligado (20.8%) e por fim os estilos Preocupado (14.6%) e Evitante-receoso (12.5%) (Quadro 5). Estes resultados vão de acordo com outros estudos: uma amostra portuguesa teve como resultados 55% de vinculação segura e 55% de vinculações inseguras (Moreira, Bernardes, Andrez, Aguiar, & Fátima Silva, 1998). Outros estudos com adultos têm resultados semelhantes, com a vinculação segura entre os 50% a 64 % (Pistole, 1989; Mikulincer, & Orbach. 1995). Konrath, Chopik, Hsing e O'Brien (2014) reportam, em amostras americanas, uma percentagem de sujeitos com vinculação segura que tem vindo a descender, encontrando-se nos 41.62%, e a vinculação insegura nos 58.38%, com sujeitos com vinculação Evitante-desligada a aumentar (18.62%).

Foi também realizada uma análise descritiva do grau de sintomas de Luto Prolongado que os sujeitos apresentavam, assim como uma divisão dos sujeitos em dois grupos, o grupo de sujeitos com ausência de critérios para o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado (Ausência de Luto) e aqueles que apresentam critérios para o seu diagnóstico (Luto Prolongado). Estes critérios foram descritos no ponto 4.2.3.

Consultando a manifestação total de sintomas de luto prolongado (Quadro 3), é interessante notar que, apesar de todos os sujeitos terem iniciado o seu processo de luto há mais de 1 ano (Quadro 1), continuam a reportar sintomas, já que o valor mínimo apresentado no Quadro 3 é 16, demonstrando que o processo de luto ainda não foi resolvido. O tempo será um indicador importante para os critérios de diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado e este dado da amostra torna-se relevante para o estudo.

Assim, a partir da análise de todos os critérios para o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado, é possível concluir que 11 sujeitos (22.9%) cumprem todos os critérios de diagnóstico e 37 (77.1%) terão realizado um luto normal (Quadro 4). Este resultado está em conformidade com os estudos referidos anteriormente que concluíram que entre 80% e 90% dos lutos são considerados normais (Prigerson, 2004; Kersting, Braehler, Glaesmer, & Wagner, 2011; Shear, et al., 2011).

Relativamente às duas primeiras hipóteses deste estudo, sobre a relação entre a vinculação e a resiliência, apenas se observou uma correlação estatisticamente significativa entre a resiliência e o estilo Evitante-Desligado. Esta é uma correlação positiva, ou seja, um grau elevado de resiliência relaciona-se com características de um estilo de vinculação Evitante-Desligado. Deve-se salientar que, apesar do estilo Preocupado ter uma correlação negativa baixa com a resiliência, o fator Preocupação tem uma correlação negativa, estatisticamente significativa, com a resiliência. Como o conjunto de itens incluídos neste fator é característico do estilo Preocupado, pode-se admitir que os participantes com mais resiliência tendem menos a ter um estilo de Vinculação Preocupado. Sobre os estilos Seguro e Evitante-Receoso não foram corroboradas as hipóteses.

Apesar de, dos seis fatores de relacionamento, o único com uma correlação significativa com a resiliência ter sido a Preocupação, é de notar que todos os fatores que estão associados a uma perceção negativa dos outros ou de si (Preocupação, Desconforto e Outro) apresentam correlações negativas com esta dimensão e aqueles que estão associados a uma perceção positiva apresentam correlações positivas. Estes resultados vão de encontro à suposição inicial do estudo de que estilos de vinculação inseguros terão um grau de resiliência mais baixo do que um estilo Seguro.

A partir destes resultados podem pois ser corroboradas as hipóteses de que um estilo de vinculação Evitante-Receoso está relacionado a um grau de resiliência mais elevado, e que um estilo de vinculação Preocupado está associado a um grau de resiliência mais baixo. O

estilo Evitante-Desligado, apesar de ser um estilo inseguro, está associado a um grau mais elevado de resiliência. Este resultado estatístico vai de acordo com a literatura que refere que sujeitos com este estilo de vinculação podem demonstrar poucos sinais de luto por serem genuinamente capazes de ser resilientes face à perda (Bonanno, 2008).

Ao cruzar os dados sociodemográficos com as variáveis em estudo, foi possível encontrar algumas associações interessantes (Quadro 8), que vão de acordo ao referido na literatura. Note-se que as cinco variáveis sociodemográficas (Apoio de Familiares, Contacto com Familiares, etc.) foram construídas do mais positivo para o negativo, ou seja, por exemplo, quanto maior é a perceção de apoio de familiares menor é a cotação.

O estilo Preocupado tem como característica principal uma imagem de si negativa, levando estes sujeitos a sentirem dificuldade em estabelecer relações com os outros, tendo sido pois criada a hipótese que este estilo (inseguro) teria menos perceção de apoio e qualificaria as suas relações de forma mais negativa do que um estilo Seguro. Esta hipótese é corroborada, já que o estilo Preocupado apresenta correlações positivas com: “Apoio de Familiares”, “Qualidade de Relações Familiares” e “Qualidade de Relações de Amizade”. Tais resultados demonstram que este estilo de vinculação percebe pouco apoio de familiares e que sente pouca qualidade nas suas relações, de acordo com isto, a hipótese que afirma que estilos inseguros terão menos perceção de apoio de familiares e que qualificariam as suas relações de forma mais negativa. Algo semelhante pode ser encontrado nos resultados de sujeitos com um estilo Evitante-Receoso, com estes, apesar de se verificar uma correlação negativa com o contacto com relações familiares, ou seja, relatam ter contacto regular com familiares, a qualidade desta relação baixa, demonstrado pela correlação positiva.

Contrariamente aos resultados encontrados no estilo Preocupado e no estilo Evitante-Receoso, no estilo Seguro é possível encontrar uma associação negativa com a qualidade de relações de amizade, equivalente aos dados teóricos revistos, já que estes resultados mostram que os sujeitos com um estilo de vinculação Seguro percebem maior qualidade nas suas relações de amizade. Estes resultados também vão de encontro à hipótese mencionada anteriormente, demonstrando que sujeitos com vinculação Segura percebem maior qualidade nas suas relações. Neste sentido, a literatura demonstra que sujeitos com este estilo de vinculação solicitam e beneficiam mais de apoio social após a perda (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Mikulincer, Florian, & Weller, 1993)

Também é possível encontrar três correlações com os sintomas de luto, todas positivas, demonstrando uma associação entre a quantidade de sintomas e a percepção de apoio de familiares, a frequência de contacto com relações familiares e a qualidade de relações de amizade. Apesar de não ter sido formulada nenhuma hipótese sobre esta relação, ela evidencia o que foi descrito sobre os fatores de risco, isto é, as diversas formas de apoio social (amigos ou família) estão diretamente associadas com benefícios na saúde física e são fatores protetores num processo de luto (Sanders, 1993).

Também foi analisada a variável de adaptação à viuvez. Note-se que um resultado mais positivo é indicador de pior adaptação à viuvez.

Verificou-se uma associação negativa com o estilo Seguro, mostrando que os sujeitos com este estilo reportaram uma adaptação à viuvez mais conseguida e uma associação positiva com o estilo Preocupado, mostrando que estes sujeitos reportam uma pior adaptação a este acontecimento nas suas vidas.

Os fatores de relacionamento que descrevem maior ansiedade e evitamento no relacionamento com os outros também associam positivamente com a adaptação à viuvez, ou seja, sujeitos que se inserem nestes fatores apresentam expectativas negativas em relação à disponibilidade dos outros para fornecer apoio de forma consistente, desconforto com a proximidade e ansiedade na formação e manutenção de relações. Face às características destes participantes, ao perderem uma figura de vinculação, seria esperado que relatassem uma má adaptação à situação, algo demonstrado por estas correlações (Quadro 9).

Por fim, também foram exploradas as relações entre os sintomas de luto, luto prolongado e a adaptação à viuvez. Os sintomas de luto associam-se com a adaptação à viuvez, mostrando que quanto pior um sujeito considera a sua adaptação mais sintomas apresenta. Na mesma linha, os sujeitos com luto prolongado, segundo os critérios de diagnóstico (que têm uma pontuação mais elevada), experienciariam uma pior adaptação à viuvez.

A análise das associações dos dados do questionário sociodemográfico com as variáveis em estudo permitiram comprovar quase todas as hipóteses colocadas. Demonstrou-se que estilos de vinculação Seguros têm uma maior percepção de apoio social e relatam uma melhor qualidade das suas relações do que em estilos inseguros. Ao mesmo tempo, estilos de vinculação Seguros relatam uma melhor adaptação à viuvez do que estilos inseguros, algo que tem sido demonstrado pela literatura, já o sujeito procura apoio social e dispõe de outros

recursos. Não surpreendentemente, uma má adaptação à viuvez também está relacionada com o aumento de sintomas de Luto Prolongado, presente nos sujeitos que reúnem critérios de diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado. A única hipótese que não foi corroborada foi a relação da resiliência com a adaptação à viuvez, não tendo sido encontrada nenhuma relação significativa entre as duas variáveis. Pode-se pensar que este resultado não será estranho à homogeneidade da amostra e ao seu reduzido tamanho.

Por fim, foram estudadas as manifestações de luto prolongado relativamente aos diferentes estilos de vinculação e resiliência, através de testes correlacionais.

Dos quatro estilos de vinculação, apenas num não foi obtida uma correlação estatisticamente significativa (ver Quadro 11). No estilo Evitante-Desligado, a correlação entre a presença de Luto Prolongado e a manifestação de sintomas foi negativa mas não significativa. Assim, não é possível corroborar a hipótese de que este estilo de vinculação não teria manifestações significativas de sintomas de luto nem maior probabilidade de ter critérios para o diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado. Contudo, a correlação é negativa, apontando para o sentido da hipótese do estudo. Ao observar a correlação negativa, estatisticamente significativa, do fator de Auto-suficiência, que apresenta algumas características deste estilo de vinculação, pode-se admitir um indicador no sentido da hipótese do estudo, apesar de esta não poder ser corroborada.

O estilo Seguro apresenta uma correlação negativa com a manifestação de sintomas de Luto Prolongado, demonstrando que este estilo de vinculação estaria relacionado com um grau menor de sintomas, o que se previu nas hipóteses já que estas foram construídas de acordo com estudos anteriores (Shaver & Tancredy, 2001).

Contrariamente ao que se observa com os estilos Preocupado e Evitante-Receoso, já que foram obtidas correlações positivas, levando a concluir que estes estilos de vinculação estão relacionados com uma maior manifestação de sintomas de luto prolongado. Estes resultados estão de acordo com a literatura, sendo um estilo de vinculação inseguro, como o Preocupado ou Evitante-Receoso, associado à manifestação de mais sintomas de luto, ruminação e uma maior dificuldade em lidar com o processo de luto (Mikulincer, & Florian, 1998; Wayment, & Vierthaler, 2002)

Relativamente à presença de sujeitos com critérios para o diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado, a única correlação significativa encontrada é no estilo Preocupado, corroborando

e hipótese de que este estilo de vinculação estaria em maior risco de reunir os critérios. Algo que vai no sentido daquilo que a literatura menciona, sendo os estilos de vinculação um fator de risco para lutos complicados. Os fatores de relacionamento: Desconforto e Outro, também apresentam se associam positivamente com esta variável, tal como estes, descrevem características presentes na vinculação insegura (expectativas negativas em relação ao outro, ansiedade na formação de relações e evitamento destas), levando à conclusão que sujeitos com estas características são mais suscetíveis de vir a desenvolver um luto complicado como a Perturbação do Luto Prolongado.

Também foi possível encontrar diversas associações com a manifestação de sintomas de luto. O estilo Seguro, com uma correlação negativa, estatisticamente significativa, indica que estes sujeitos têm menos manifestações de sintomas de luto, tal como aponta a literatura, já que este é um fator protetor. Corroborando assim a hipótese de que estes sujeitos apresentaram menos sintomas, conseguindo adaptar-se melhor ao luto e aceitando-o. Nesta linha, Bowlby (1980) teoriza que sujeitos com um estilo de vinculação Seguro iriam reagir emocionalmente à perda de alguém próximo, mas não se tornariam sobrecarregados pelo luto, adaptando-se mais facilmente à perda, e isto tem sido comprovado por várias investigações (Shaver e Tancredy, 2001; Stroebe & Stroebe, 1999).

Os estilos Preocupado e Evitante-Desligado apresentam ambas correlações positivas, levando à conclusão de que estes estilos de vinculação levam a um maior risco dos sujeitos viverem um luto complicado, já que estes sujeitos sofreram a perda, há mais de um ano, e ainda manifestam sintomas de luto. Os fatores de relacionamento permitem chegar à mesma conclusão, já que a Preocupação, Desconforto e Outro Negativo, são os únicos que apresentam correlações positivas e, como já foi mencionado, estes descrevem características destes dois estilos de vinculação. Os dados referidos também permitem corroborar a hipótese do estudo, de que os estilos Preocupado e Evitante-Desligado seriam os que apresentariam maior intensidade de sintomas de luto.

É importante voltar a referir que, apesar do estilo de vinculação Evitante-desligado não ter obtido valores estatisticamente significativos, os resultados vão no sentido que estes sujeitos tenham menos manifestações de sintomas de luto e menor risco de obter critérios de diagnóstico para a Perturbação do Luto.

Verificou-se ainda que quanto menor é a resiliência do sujeito maior a manifestação de sintomas, isto é, sujeitos menos resilientes terão maior dificuldade em adaptar-se a esta situação adversa de perder uma figura de vinculação (ver Quadro 12).

Capítulo 6: Conclusão

Esta dissertação, que partiu do objetivo geral de estudar os efeitos que o estilo de vinculação e o nível de resiliência têm no processo de luto em viúvas, revelou que, ao cumprir este objetivo, se levantaram outras questões que serão apresentadas.

Verifica-se que existe uma relação entre o estilo de vinculação e manifestações de sintomas de Luto Prolongado, assim como na existência de critérios para o diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado.

O estilo de vinculação Seguro é um fator protetor, levando a que sujeitos com estas características de vinculação tenham demonstrado menos sintomas de luto, menos critérios para Perturbação de Luto Prolongado, descrevem uma melhor adaptação à viuvez e mais quantidade e qualidade de apoio social do que foi observado nos com estilos Preocupado e Evitante-Receoso. Nestes foi encontrado menos quantidade e contato de apoio social, mais sintomas de luto e uma pior adaptação à viuvez, algo que também se previa, a partir do enquadramento teórico realizado no início desta dissertação (Fraley, Davis, & Shaver, 1998; Mikulincer, & Florian, 1998; Wayment, & Vierthaler, 2002)

Lamentavelmente não foram encontradas relações significativas no estilo Evitante-Desligado que, como foi referido anteriormente, tem conduzido a resultados contraditórios, em diversos estudos. Apesar disto, os resultados apontam na direção esperada: de que este estilo, semelhantemente ao Seguro, teria menos sintomas de luto e uma maior resiliência. Para uma melhor compreensão das consequências deste estilo de vinculação são necessários mais estudos.

O nível de resiliência revelou os resultados esperados relativamente à quantidade de sintomas de luto e de critérios de diagnóstico para a Perturbação do Luto Prolongada, sendo que, quanto mais resiliente é um sujeito melhor a sua adaptação ao luto, apresentando menos sintomas. Contudo, não foram encontradas relações significativas com os estilos de vinculação, algo que se esperava. Com a exceção do estilo Preocupado, onde se verificou que estes sujeitos tendem a ter um nível de resiliência mais baixo. Espera-se ter podido dar um pequeno contributo para o estudo deste conceito, já que ele é relativamente recente no campo da Psicologia.

Devem ser notadas as limitações deste estudo. A mais relevante a apontar é o tipo de amostra ser de conveniência, bastante homogénea, logo, não representativa da população. Ao mesmo

tempo, o tamanho da amostra teria contribuído para os resultados alcançados, dado a sua pequena dimensão. Por outro lado, a extensão e estrutura dos testes revelou-se uma grande dificuldade para a maioria dos sujeitos, não tendo sido possível a sua resposta de forma autónoma. Por esta razão, a maior parte dos testes foi respondida com a ajuda da investigadora, o que poderia ter contribuído para falta de veracidade nas respostas dadas pelas participantes. Por fim, existem dois fatores que poderão ter uma grande influência no processo de luto mas que não foram considerados para esta investigação: a causa de morte e o facto de o marido ter sido realmente uma figura de vinculação para a viúva. Os fatores circunstanciais da morte poderão constituir um fator de risco, aumentando o risco do luto se tornar complicado ou patológico. Por outro lado, partiu-se do pressuposto que o marido foi uma figura de vinculação para as viúvas entrevistadas, já que no Questionário de Estilo Relacional Ihes foi pedido que pensassem no marido falecido e não numa figura de vinculação.

De forma a explorar estas questões seriam necessárias novas investigações, com novos objetivos e uma população mais abrangente.

Uma avaliação qualitativa destas variáveis poderia fornecer também resultados mais complexos. Isto é sugerido porque, devido ao baixo nível de escolaridade das participantes da amostra, muitos questionários foram preenchidos com a colaboração da investigadora, no âmbito de entrevistas, onde foram revelados episódios e circunstâncias, ricos em conteúdo, mas que não foram considerados nesta dissertação, dado o carácter quantitativo da mesma, muito embora tivessem possibilitado a evidenciação das variáveis em estudo.

Por outro lado, um estudo longitudinal, que permitisse a monitorização do desenvolvimento dos sintomas estudados, também poderia providenciar novos dados relevantes sobre a evolução de sintomas.

Deve igualmente ser ponderado o estudo de outras populações, tais como: viúvos idosos, viúvas e viúvos mais jovens, comparação de populações rurais e urbanas, ou o estudo de processos de luto relativos a outros familiares próximos, como de filhos ou pais.

7. Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment, *American Psychologist*, 34 (10), 932-937. doi: 10.1037/0003-066x.34.10.932

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716. doi: 10.1037/0003-066X.44.4.709

Anaut, M. (2002). *A Resiliência: Superar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi

Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In A. Barbosa, I. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (487-532). Lisboa: Centro de Bioética- Faculdade de Medicina de Lisboa

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. doi: 10.1177/0265407590072001

Bartholomew, K, & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226

Belsky, J., Steinberg L. & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62(4), 647-670. doi: 10.2307/1131166

Boelen, P. A., & Pringerson, H.G. (2012). Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement disorder in DSM-5, *Death Studies*, 36(9), 771-794. doi: 10.1080/07481187.2012.706982

Bohannon, J. (1991). Religiosity related to grief levels of bereaved mothers and fathers. *Omega: Journal of Death and Dying*, 23(2), 153-159. doi: 10.2190/UTUW-CP8F-DBN3-2EDM

Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 5(1), 101-113. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.101

- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 705-734. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00062-3
- Bonanno, G. A., Papa, A., & O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied & Preventive Psychology, 10*(3), 193-206. doi: 10.1016/S0962-1949(01)80014-7
- Bonanno, G. A., Worthman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging, 19*(2), 260-271. doi: 10.1037/0882-7974.19.2.260
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52* (4), 664-678. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (2006). Quarant-quatre jeunes voleurs: Leur personnalités et leur vie familiale. *La Psychiatrie De L'enfant, 49*(1), 7-123. doi: 10.3917/psy.491.0007.
- Bowlby, J. & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony (ed.), *The Child in his family*. New York: J. Wiley
- Breckenridge, J., Gallagher, D., Thompson, L., & Peteson, J. (1986). Characteristic depressive symptoms of bereaved elders. *Journal of Gerontology, 41*, 163-168. doi: 10.1093/geronj/41.2.163.
- Cassibba, R., Sette, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2003). Attachment the Italian way: In search of specific patterns of infant and adult attachments in Italian typical and atypical samples. *European Psychologist, 18*(1), 47-58. doi: 10.1027/1016-9040/a000128.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644.

Crowell, J. A., & Feldman, S. (1988). Mother's internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59(5), 12-73. doi: 10.1111/1467-8624.ep8589361

Davidson, J. T. (2002). Surviving disaster: What comes after the trauma? *The British Journal of Psychiatry*, 181(5), 366-360. doi: 10.1192/bjp.181.5.366.

Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. Retirado de: <https://archive.org/details/expressionofemot1872darw>.

Delalibera, M. (2010). *Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13)* (Tese de Mestrado). Retirado de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2255/1/597476_Tese.pdf

Draper, P., & Harpending, H. (1982). Father absence and reproductive strategy: an evolutionary perspective. *Human Nature*, 14(3), 209-233. doi: 10.1007/s12110-003-1004-2.

Dutton, Y., & Zisook, S. (2005). Adaptation to bereavement. *Death Studies*, 29(10), 877-903. doi: 10.1080/07481180500298826

Elmore, D. L., Brownm L. M., & Cook, J. M. (2011). Resilience in older adults. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: challenges across the lifespan* (p. 135-147). Cambridge: University of Cambridge.

Emde, R. N. (1994). Individual meaning and increasing complexity: Contributions of Sigmund Freud and René Spitz to developmental psychology. In R. D. Parke, P. A. Ornstein, J. J. Rieser, C. Zahn-Waxler (Eds.), *A century of developmental psychology* (pp. 203-231). American Psychological Association. doi: 10.1037/10155-007

Erikson, E. (1980). *Identity and the Life Cycle*. New York: Norton & Company.

Instituto Nacional de Estatísticas (2011) *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Faria-Anjos, J., & Ribeiro, M. (2010). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. (não publicado).

Fraley, R., Bonanno, G. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(7), 878-890. doi: 10.1177/0146167204264289

Freud, A. (1972). *Le moi et les mécanismes de defense* (6^a Ed). France: Press Universitaires de France.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard Edition 14*, 243–258.

Friborg, O., Hjemendal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65. doi: 10.1002/mpr.143

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. doi: 10.2307/2136617

Foster, J. R. (1997). Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatric Quarterly*, 68(3), 189-219. doi: 10.1023/A:1025432106406

Greenfield, E., & Marks, N. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Human Development and Family Studies*, 59 (5), 258-264. doi: 10.1093/geronb/59.5.S258

Goodwin J. S., Hunt W.C., Key C.R., & Samet J.M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 258(21), 3125–3130. doi:10.1001/jama.1987.03400210067027

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 430-445. doi: 10.1037/0022-3514.67.3.430.

Grossmann, K. E., & And, O. (1981). German children's behavior towards their mothers at 12 months and their fathers at 18 months in Ainsworth strange situation. *International Journal of Behavioral Development*, 4(2), 157-181. doi: 10.1177/016502548100400202.

- Haas, M. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ijzendoorn M. H. (1994). The Adult attachment interview and questionnaires for attachment style, temperament and memories of parental behavior. *The Journal of Genetic Psychology* 155(4), 471-486. doi: 10.1080/00221325.1994.9914795.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons, *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x.
- Haskett, M. E., Nears, K., Sabourin Ward, C., & McPherson, A.V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psycholgy Review*, 26(6), 796-812. doi: 10.1016/j.cpr.2006.03.005.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524, doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of personality and Social Psychology*, 59(2), 270-280. doi: 10.1037/0022-3514.59.2.270.
- Holland, J., Neimeyer, R., Boelen, A., & Prigerson, H. (2009) The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 31, 190-201. doi: 10.1007/s10862-008-9113-1
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz M. J., Siegel B., Holen A., Bonanno G. A., Milbrath C., Stinson C.H. (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904–910
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Johnson, S. M. (2004). A Guide For Healing Couple Relationships. In Rholes, W. S., & Simpson, J. A. *Adult Attachment: Theory, Research And Clinical Implications* (pp. 367-387). New York: The Guildford Press

- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180-187. doi: 10.1037/a0036836
- Konrath, S. H., Chopik, W. J., Hsing, C. K., & O'Brien, E. (2014). Changes in adult attachment styles in american college students over time: A meta- analysis. *Personality & Social Psychology Review*, 18(4). doi: 10.1177/1088868314530516
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011) Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339-343. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032
- Kosciulek, J., McCubbin, M., & McCubbin, H. (1993). A theoretical framework for family adaptation to head injury. *Journal of Rehabilitation*, 59, 40-45.
- Leahy, J. M. (1993). A comparison of depression in women bereaved of spouse, child, or a parent. *Omega: Journal of Death and Dying*, 26(3), 207-217. doi: 10.2190/YLG9-P4R7-W2VW-KAFR
- Lund, D., & And, O. (1986). Gender differences through two years of bereavement among the elderly. *Gerontologist*, 26(3), 314-320. doi: 10.1093/geront/26.3.314.
- Lund, D., Dimond, M., Caserta, M., Johnson, R., Poulton, J., & Connelly, J. (1985). Identifying elderly with coping difficulties after two years of bereavement. *Omega*, 16, 213-224.
- Machin, L. (2007). Resilience in bereavement: Part 1. In B. Monroe, D. Oliviere (Ed.), *Resilience in Palliative Care* (pp. 157-165). Oxford: Oxford University Press.
- Maercker, A., & Laler, J. (2012) Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder, *Dialogues Clinical Neurosciences*, 14(2), 167-176. doi:
- Main, M. & Solomon J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman & B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-125). Norwood, NJ: Ablex.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Silabo.
- Masten, A., & Coatsworth, J. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments. *American Psychologist*, 53, 205-220.

Matos, A. C. (2007). *Varia. Existo Porque Fui Amado*. Lisboa: Climepsi.

Middleton, W., Moylan, A., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1993). An international perspective on bereavement related concepts. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 457–463. doi: 10.3109/00048679309075803.

Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rhodes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143–165). New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 817–826. doi: 10.1037/0022-3514.64.5.817.

Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality And Social Psychology*, 68(5), 917–925. doi: 10.1037/0022-3514.68.5.917.

Nelson, G. (1994). Emotional well-being of separated and married women: Long-term follow up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (1), 150–160

Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality & Social Psychology*, 72(4), 855–862.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67(1), 92–104. doi: 10.1037/0022-3514.67.1.92

Moreira, J. (2000). *Manual do Questionário de Estilo Relacional (QER)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa

Moreira, J. M., Bernardes, S., Andrez, M., Aguiar, P., Moleiro, C., & de Fátima Silva, M. (1998). Social competence, personality and adult attachment style in a Portuguese sample. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 565–570. doi: 10.1016/S0191-8869(97)00200-

Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R. O. (2001). Bereavement and old age. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 241–260). Washington, DC: American Psychological Association

Obegi, J. H. (2011). Review of “clinical applications of the adult attachment interview”. *Psychoanalytic Psychology*, 28(1). doi: 10.1037/a0022244

Ott, C. F., Lueger, R. J., Kelber, S. T., & Prigerson, H. G. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 332-341. doi: 10.1097/01.nmd.0000243890.93992.1e.

Oxford Dictionaries (2012). *Paperback Oxford English Dictionary* (7th ed.). Oxford: Oxford University Press

Parkes, C. M. (1991). Attachment, bonding and psychiatric problems after bereavement in adult life. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris, *Attachment across the life cycle* (pp. 268-292). London: Routledge.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus: São Paulo.

Parkes, C. M. (2002). A Historical Overview of the scientific study of bereavement. Em M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care* (pp. 25-47). Washington: American Psychological Association.

Perdereau, F., & Atger, F. (2004) Avaliação da vinculação no adolescente e adulto. In N. Guedeney & A. Guedeney (Ed.), *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 111-121). Lisboa: Climepsi.

Pistole, M. (1989). Attachment: Implications for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 68, 190-193

Prigerson H. G. (2004) Complicated Grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, 23 (3), 38-40. doi: 10.1080/02682620408657612

Prigerson, H. G., Horowitz M. J., Jacobs S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Brett, L., Johnson, J., First, M., Maciejewski, P (2013). Prolonged

grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, 10 (12). doi: 10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea

Prigerson, H. G., Shear, K. M., Bierhals, A. J., Pilkonis, P. A., Wolfson, L., Hall, M., Zonarich, D. L., & Reynolds, C. F. (1997). Case histories of traumatic grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 35(1), 9-24. doi: 10.2190/TDYG-MRB4-H5H8-HHR7

Prigerson, H.G., Vanderwerker, L.C., Maciejewski, P.K. (2007). Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM–V. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, W. Stroebe (Eds.) *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (pp. 165 –186). American Psychological Association Press.

Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020.

Rosik, C. H. (1989). The impact of religious orientation in conjugal bereavement among older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(4), 251-260. doi: 10.2190/37H9-UDP5-UQRC-QHTT

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

Sanders, C. M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement* (pp. 255-270). New York: Cambridge University Press.

Sanders, C. M. (1999). *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement*. Canada: John Wiley & Sons.

Shear, M., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds III, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M., First, M., Sareen, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28 (2), 103-117. doi: 10.1002/da.20780.

Stroebe, M., & Shut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi:10.1080/074811899201046.

- Stroebe, M., & Shut, H. (2010). The dual process of model of coping with bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death & Dying*, 61(4). doi: 10.2190/OM.61.4.b.
- Stroebe, W., Stroebe, M., & Domittner, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified. *Journal of Social Issues*, 44, 143-158. doi:10.1111/j.1540-4560.1988.tb02082.x.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & Van Den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 169-178. doi: 10.1037/0022-006X.70.1.169
- Surbey, M. K. (1990). Family composition, stress, and the timing of human menarche. In T.E Ziegler F. B. Bercovitch (Eds.). *Socioendocrinology of primate reproduction* (pp. 11-32). New York, US: Wiley-Liss.
- Takahashi, K. (1986). Examining the strange-situation procedure with Japanese mothers and 12-month old infants. *Developmental Psychology* 22(2), 265-270. doi: 10.1037/0012-1649.22.2.265.
- Tannenbaum, B., & Anisman, H. (2003). Impact of chronic intermittent challenges in stressor-susceptible and resilient strains of mice. *Biological Psychiatry*, 53(4), 292-303. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01487-7.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. *Child Development*, 59(1), 147-156. doi: 10.1111/1467-8624-ep10514129.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K (1996). The relationship between social support nas physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.488.

Wagnild, G. M., (2003). Resilience and successful aging among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 42-49. doi: 10.3928/0098-9134-20031201-09

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178.

Wallerstein, J. S. (1986). Women after divorce: Preliminary report from a ten-year follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 65-77. doi: 10.1111/j.1939-0025.1986.tb01543.x.

Wayment, H. A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reaction. *Journal of Loss and Trauma*, 7 (2), 129-149. doi: 10.1080/1532500202753472291

Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van Heijden, P. M., & Dijkstra, I. (2007). Patterns of attachment and parents: Adjustment to the death of their child, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(4), 537-548. doi: 10.1177/0146167206297400

Worden, J.W. (2002). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health*. New York: Springer.

World Health Organization (2004). *A Glossary of terms for community health care and services for older persons*. Retirado de: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

Zevalkink, J., Riksen-Walraven, J., & Van Lieshout, C. M., (1999). Attachment in the Indonesian caregiving context. *Social Development*, 8(1), 21-40. doi: 10.1111/1467-9507.00078

8.Anexos

Anexo I - Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data de aplicação: ____ / ____ / ____

1. Idade cronológica: _____

Idade que sente que tem: _____

Idade que gostaria de ter: _____

2. Nacionalidade:

3. Naturalidade:

4. Área de residência:

5. Sexo: F ☐

M ☐

6. Escolaridade:

Ausência de escolaridade ☐

Ensino básico incompleto ☐

Ensino básico completo ☐

Ensino Secundário incompleto ☐

Ensino Secundário completo ☐

Curso médio ☐

Curso Superior ☐

Outro ☐

Qual _____.

7. Actividade Profissional (se é reformado (a), indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma)

Reformado (a): **Sim** ☐ **Não** ☐

Se **Sim**, há quantos anos? _____.

Profissão anterior:_____.

8. Estado Civil:

Solteiro (a) ☐

Casado ou vivendo como tal ☐

Viúvo (a) ☐ Há quanto tempo? _____.

Divorciado ou separado (a) ☐

8. a) Se é viúvo (a), Como avalia a sua adaptação à viuvez?

Muito boa

Boa ☐

Razoável ☐

Má ☐

Muito má ☐

9. Agregado familiar actual:

Vive só ☐

Vive com o cônjuge ☐

Vive com o cônjuge e terceiros ☐

Vive com terceiros ☐

Vive numa instituição ☐

Outro ☐ Qual _____.

10. Está satisfeito (a) com essa situação?

Sim ☐ **Não** ☐

11. Tem o apoio de familiares?

Sim ☐ **Não** ☐

12. Parentalidade:

Tem filhos?

Sim ☐ **Não** ☐

Se **Sim**, quantos? _____.

13. Situação económica:

Muito satisfatória ☐

Satisfatória ☐

Pouco satisfatória ☐

Nada satisfatória ☐

14. Participação em actividades:

Centradas na vida doméstica/familiar ☐

Frequenta centro de dia ☐

Frequenta universidade da terceira idade ☐

Frequenta grupos recreativos na igreja ☐

Centradas nos amigos (as) ☐

Outro ☐ Qual _____.

15. Relações Interpessoais:

- Relações familiares (grau de contacto):

Muito frequente ☐

Frequente ☐

Ocasional ☐

Inexistente ☐

- Relações familiares (qualidade):

Muito satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Pouco satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Nada satisfatórias	<input type="checkbox"/>

- Relações de amizade (grau de contacto):

Muito frequente	<input type="checkbox"/>
Frequente	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>
Inexistente	<input type="checkbox"/>

- Relações de amizade (qualidade):

Muito satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Pouco satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Nada satisfatórias	<input type="checkbox"/>

17. Tem um confidente?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

18. Crenças e práticas religiosas:

Sem crença religiosa	<input type="checkbox"/>
Com crença religiosa e sem práticas religiosas	<input type="checkbox"/>
Com crença e práticas religiosas “privadas” (por exemplo: orações, leitura)	<input type="checkbox"/>
Com crença e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missa, festejos)	<input type="checkbox"/>
Com crença e práticas religiosas “públicas” e “privadas”	<input type="checkbox"/>

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Anexo II - Consentimento informado



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Consentimento Informado

O meu nome é Carolina Félix e estou a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica Dinâmica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Profª Doutora Maria Eugénia Duarte Silva.

As temáticas abordadas relacionam-se com o efeito do estilo de vinculação e o nível de resiliência no processo de luto.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (3) três pequenos questionários: Questionário de Estilo Relacional, Escala de Resiliência e Teste do Luto Prolongado, onde não existem respostas correctas ou incorrectas. O importante é que elas reflectam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de trinta minutos e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade e anonimato. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone: 913561996.

Ao assinar este consentimento, declara ter 60 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigado pela sua colaboração.

_____ de _____ de 2014

.....

(assinatura)

Anexo III - Pedido de autorização

Lisboa, 9 de Dezembro de 2013

Assunto: Pedido de autorização para investigação

Ex.mo Sr. Pároco.

Eu, Carolina Félix, a realizar o Mestrado Integrado em Psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no ano lectivo de 2013/2014, venho por este meio solicitar a sua autorização para proceder à recolha de dados para o meu trabalho de investigação. Este trabalho decorre sob a orientação da Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva e virá a constituir a minha dissertação de Mestrado.

O estudo tem como objectivo alargar o conhecimento acerca do efeito do estilo de vinculação e nível de resiliência no processo de luto.

Neste sentido, venho solicitar a V. Ex.a autorização para a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação aos utentes que cumpram os critérios acima indicados e que se mostrem disponíveis para participar no estudo: Questionário Sócio-Demográfico; Questionário de Estilo Relacional, Escala de Resiliência e Teste da Perturbação do Luto Prolongado.

Mais se informa que será assegurado o direito à privacidade dos utentes, com total garantia do anonimato e confidencialidade dos resultados.

Agradeço desde já toda a atenção dispensada, aguardando o parecer de V.Ex.a.

Subscrevem-se atenciosamente:

A aluna

A Professora Orientadora

(Carolina Félix)

(Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva)